

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

BRUNA DOS SANTOS TEIXEIRA

O COTIDIANO DO CUIDADO EM UM CAPS AD III: Um Relato De
Experiência

Rio De Janeiro
2014

BRUNA DOS SANTOS TEIXEIRA

O COTIDIANO DO CUIDADO EM UM CAPS AD III: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA

Monografia apresentada ao Departamento de Terapia Ocupacional da
Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos
necessários à obtenção de grau em Terapia Ocupacional.

Orientador: Monica Villaça

Coorientador: Keronlay Machado

Rio De Janeiro

2014

Dedico este trabalho à minha querida mãe, por todo incentivo para que eu conseguisse chegar até aqui, por toda paciência, por todo cuidado, por todo amor e principalmente por estar sempre ao meu lado nessa longa caminhada.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me sustentado com sua infinita misericórdia.

Aos meus pais Telma Letícia Teixeira e Roberto Teixeira por acreditarem em mim e por todo amor ofertado.

À minha irmã Thaiane Teixeira por ter ouvido minhas angústias e medos.

Às minhas amigas de turma que não deixaram de torcer por mim e por serem minhas companheiras desde o início da faculdade.

À minha orientadora Monica Villaça e co-orientadora Keronlay Machado por ter compartilhado comigo experiências e conhecimentos e por não medir esforços para me ajudar.

Ao Rodrigo Simas por ter me dado a oportunidade de estagiar nesse CAPS.

À minha supervisora de estágio Adriane Mattos por ter me acompanhado nessa experiência e pelos ensinamentos ofertados.

Aos usuários do CAPS por ter me recebido com afeto e por ter feito parte dessa experiência que levarei para o resto da vida como um aprendizado, tanto profissional quanto pessoal.

“Sempre parece impossível, até que seja feito.”

Nelson Mandela

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Terapia Ocupacional tem como tema o cuidado ao usuário de Álcool e Drogas. Trabalha com a perspectiva da lógica de Redução de Danos, preconizada atualmente pelas Políticas Públicas de Saúde. Tem como objetivo principal apresentar um relato de experiência do cuidado em saúde em um CAPSad III. Para tal, busca também identificar a importância da Redução de Danos no cuidado do usuário de álcool e outras drogas; caracterizar a população frequentadora do CAPSad III de acordo com suas demandas; e refletir sobre o manejo e uso de atividades em situações cotidianas de um CAPSad III. Utiliza como metodologias a pesquisa bibliográfica, análise documental e relato de experiência elaborado a partir de um diário de campo. Como resultados apresenta uma revisão teórica sobre a Redução de Danos e os Serviços de Atenção à Usuários de Alcool e Drogas e um relato de experiência focado em três aspectos: o cotidiano no CAPS, a aproximação com os usuários e a experiência no coletivo de criação. Conclui-se que a Terapia Ocupacional tem um papel importante nessa clínica que deve sempre ser realizada através de um trabalho em equipe multidisciplinar e na articulação de serviços intersetoriais, e que são necessários investimentos em pesquisas, estudos e práticas sobre a temática.

Palavras-chaves: Terapia Ocupacional, Álcool e Drogas, CAPS, Redução de Danos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVOS	12
3.1 OBJETIVO GERAL	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
4 METODOLOGIA	13
5 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	14
5.1 REDUÇÃO DE DANOS	14
5.1.1 História	14
5.1.2 Redução de Danos enquanto Política de Saúde	16
5.2 SERVIÇO DE ATENÇÃO A USUÁRIO DE ALCOOL E DROGAS	18
6 RELATO DE EXPERIÊNCIA	23
6.1 O COTIDIANO NO CAPS	23
6.2 A APROXIMAÇÃO DO USUÁRIO	26
6.3 COLETIVO DE CRIAÇÃO	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERENCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

Desde a pré-história, as substâncias psicoativas vêm adquirindo fins curativos, seja nas práticas religiosas tradicionais, seja no contexto médico-científico da atualidade.

No final do século XIX, as diferentes substâncias psicoativas passaram a ser problematizadas com a implantação de uma nova ordem médica, e seu controle passou da esfera religiosa para a da biomedicina. Com isso, o enfoque sobre a questão saiu de aspectos da ordem religiosa e passou a se concentrar nos aspectos farmacológicos.

Segundo MacRae (2003), foi a partir da década de 1960, quando ocorreu a epidemia da AIDS e de outras doenças transmissíveis pelo sangue, que o enfoque biopsicossocial começou a receber maior credibilidade. Por essa razão, hoje há uma ideia de que, além de pensarmos em prevenir o uso de drogas em geral, deve-se evitar o seu abuso, ou seja, o mau uso que pode resultar problemas ao bem estar do indivíduo ou da sociedade. Esse mesmo autor afirma que:

Quando as regulações tradicionais da sociedade se mostram menos eficazes para enquadrar o consumo de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, este ainda raramente ocorre de maneira desregulada. Isso continua a ser verdadeiro mesmo quando as regras que norteiam essas atividades desviam ou entram em conflito com as leis e os valores considerados hegemônicos. Portanto, para realizar um trabalho de prevenção ao abuso de drogas que seja efetivo, é necessário começar por procurar conhecer o contexto sociocultural em que ocorre o seu uso, buscando entender a sua lógica interna. Em se tratando do uso de substâncias ilícitas esse tipo de proposta muitas vezes encontra resistência tanto a nível individual quanto em esferas institucionais por, ao admitir que essas atividades não sejam regidas pelo caos e a loucura e colocar em questão a maneira como a sociedade as vem representando, parecer estar “compactuando com o uso”. Esbarra-se, então, em questões sociais de ordem estrutural, pois a estigmatização das drogas ilícitas e de seus usuários vem desempenhando importante papel na atual ordenação da sociedade com todas as suas desigualdades.(p. 1)

É importante ressaltar que a falta de discussões públicas e a divulgação de ideias falsas e preconceituosas, resultou em um estereótipo dos usuários de droga, estigmatizando-os como uma população perigosa e criminoso, o que aumentou a marginalização dos mesmos.

Andrade (2004) afirma que se sonha com um mundo sem drogas, o que faz com que represente-se as drogas ilícitas como o demônio, que tem poderes e efeitos para além das possibilidades farmacológicas, divulgando que todas causam os mesmos efeitos, sendo iguais e com mesma capacidade de gerar dependência. Consequentemente os jovens, influenciados nessas ideias, acabam usando drogas, como o crack e a cocaína, cujo controle do uso é muito mais difícil que o controle, por exemplo, da maconha.

Pode-se relacionar o parágrafo acima com a Redução de Danos (RD), que são ações que minimizam os riscos e danos biológicos, psicossociais e econômicos provocados pelo uso ou abuso de drogas. A redução de danos visa também aproximar os usuários de álcool e drogas aos serviços de saúde, haja visto que essa é uma dificuldade real para estes sujeitos, seja pelas características da realidade vivida por eles, ou pelo estigma social que sofrem.

A RD pode ser classificada como uma estratégia de cuidado, a partir do princípio da oferta de materiais e serviços que buscam o conhecimento sobre a realidade dos sujeitos e possibilidades de cuidado a partir de suas demandas. Com isso, pode-se encontrar, junto ao usuário, possibilidades para mudanças no estilo de vida sem demandar alterações radicais nas escolhas do usuário.

A Terapia Ocupacional está inserida nos dispositivos de saúde nos diversos níveis de atenção. É de extrema importância a apropriação do terapeuta ocupacional com a população usuária de álcool e droga, a partir da lógica da RD, uma vez que, de forma geral, a clínica com estes sujeitos demanda que sejam trabalhadas a autonomia, a inserção social do sujeito e também o vínculo terapêutico com o usuário e com sua família.

Este trabalho visa mostrar, através da experiência de estágio desenvolvida em um CAPSad III localizado na Zona Norte do Rio de Janeiro, as formas de cuidado com usuários de álcool e outras drogas e os questionamentos dos mesmos em relação ao funcionamento de um CAPSad III.

2 JUSTIFICATIVA

Minha motivação para esse estudo surgiu do trajeto em que faço para chegar até a faculdade. Ao passar todos os dias pela Av. Brasil, onde fica uma das cracolândias do Rio de Janeiro, me angustiava ver o número de usuários de drogas em tamanha vulnerabilidade e situações de risco e me perguntava como seria o cuidado em saúde daquelas pessoas. Desde 2010, com a implantação do programa “Crack é possível vencer”, a população em situação de rua tem sido alvo de práticas higienistas como o acolhimento compulsório, a fim de promover uma “limpeza das ruas da cidade” para receber os eventos como a Copa do Mundo de 2014 e Olimpíadas 2016.

Esse ano, apareceu a oportunidade de estágio no CAPSad III. Esse CAPS é o segundo CAPSad do Rio de Janeiro a funcionar 24 horas. Há um desafio muito grande, pois cerca de 70% dos usuários estão em situação de rua. Essa unidade é localizada perto da Av. Brasil, onde, como dito anteriormente, há uma cracolândia. O objetivo geral do tratamento no serviço é deslocar a droga do centro da vida do usuário e construir outras possibilidades de laço social para além desta.

Quando começa o tratamento, percebe-se que a droga não é o principal problema, o sujeito também sofre com questões de ordem social e psíquica. Com isso, o cuidado é feito da forma onde não necessariamente é preciso acabar com o consumo da droga e sim minimizar os danos que ela causa. É preciso que o usuário construa a solução e o poder de decisão dentro dele, e para isso é feito um plano de tratamento para o usuário junto com o profissional da saúde.

É importante lembrar que cada sujeito tem sua realidade de vida, nós não podemos mudar isso. O que podemos fazer é promover o cuidado e junto com os usuários tentar achar um método para reduzir os danos.

A partir dessa discussão e da minha vivência como estagiária, pude perceber a importância da escuta, do vínculo e da promoção do cuidado com esses usuários. A droga, na maioria das vezes, é um fator de escape para essas pessoas, e é preciso que o profissional de saúde tenha a sensibilidade pra perceber que existem outros fatores, como o desvínculo familiar, a pobreza extrema e a dificuldade de inserção no mercado formal de trabalho, que

colaboram para que o sujeito escolha fazer o uso da droga. A partir desse olhar para o cuidado, o tratamento se torna de qualidade e significativo para os usuários.

Assim, a importância deste trabalho consiste na grande relevância social da temática e na contribuição para sua discussão entre profissionais que podem vir a trabalhar nessa área, como o terapeuta ocupacional.

Soma-se ainda o fato do uso de crack e as causas sociais relacionadas a este consumo serem hoje pauta das discussões acadêmicas em Saúde e Políticas Públicas em geral. Longe de estar esgotada, esse debate ainda requer que mais estudantes e profissionais se debrucem sobre ela.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar um relato de experiência do cuidado em saúde em um CAPSad III.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar a importância da Redução de Danos no cuidado do usuário de álcool e outras drogas

Caracterizar a população frequentadora do CAPSad III de acordo com suas demandas

Refletir sobre o manejo e uso de atividades em situações cotidianas de um CAPSad III

4 METODOLOGIA

Este trabalho utiliza uma metodologia do tipo qualitativa exploratória.

Utilizou, para sua construção, duas metodologias a saber: uma pesquisa bibliográfica em artigos e livros científicos, além das análises de documentos de Políticas Públicas relacionadas ao tema escolhido; e um relato de experiência feito pela vivência da autora enquanto estagiária em um CAPS ad III.

Para elaboração do relato de experiência foi utilizado um diário de campo, construído em um caderno no qual diariamente, ao finalizar o dia de trabalho no estágio, eram escritos relatos sobre o dia no serviço, os meus questionamentos e os dos usuários, os acontecimentos marcantes e a minha visão do que poderia, ou não, ser feito. Os casos citados no relato de experiência tiveram nomes fictícios para preservar a identidade dos usuários do serviço.

Buscou-se permear as experiências vividas com a literatura corrente para assim alcançar uma reflexão pertinente com as questões e práticas atuais sobre o tema e assim atingir os objetivos desse trabalho.

5 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

5.1 REDUÇÃO DE DANOS

Neste capítulo será apresentado um panorama geral sobre o surgimento da Redução de Danos (RD): como este paradigma se torna uma política pública de saúde, como se insere nas Políticas de Álcool e Drogas no Brasil e alguns dos serviços públicos de Saúde Mental para atendimento de usuários de álcool e drogas.

5.1.1.História

A redução de danos (RD) ganhou visibilidade na década de oitenta, como uma prática de prevenção à hepatite e à AIDS, entre usuários de drogas injetáveis (UDI) na Europa, quando opiáceos são prescritos por profissionais de saúde com o objetivo de possibilitar ao usuário desta droga uma vida mais estável e uma maior inclusão social. À época pressupunha-se, como hoje, ser mais adequado os profissionais receitarem uma dose menor de opiáceos a fim de reduzir a frequência do uso de drogas injetáveis. No entanto, por reconhecer que seu uso estava intrinsecamente associado às características de vida dos usuários, a prescrição médica da droga poderia minimizar os efeitos mais danosos à saúde dos indivíduos com ela envolvidos (ANDRADE, 2004).

Redução de danos trata-se de ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias. Essas ações se orientam por três princípios básicos: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade (ANDRADE, 2004).

Segundo este autor a redução de danos é pragmática porque é uma prática de objetivos claros, como o de prevenir a infecção pelo HIV e outras doenças de transmissão parenteral entre UDIs através da provisão de

equipamentos estéreis de injeção. A RD se afirma como prática de Saúde Pública, como quando contestada à luz da moral, da religião e do preconceito.

Com isso, preservará vidas de pessoas expostas a essas infecções, mesmo se o usuário não quiser parar o consumo dessas drogas. Desse modo essas pessoas estarão protegidas dessas infecções através de recursos disponíveis nas ações de redução de danos.

Outro princípio básico da redução de danos segundo este autor é a tolerância, onde os usuários são respeitados pelo direito às suas drogas de consumo e às suas escolhas individuais.

De certa forma, o preconceito contra usuários de drogas é muito grande e a atenção está focada na repressão às drogas ilícitas, e não no sujeito como um todo. Fazemos parte de uma sociedade que, muitas vezes, não reconhece o usuário como cidadão que deve ter seus direitos respeitados.

E a diversidade se estabelece pelas diferentes opções de RD de acordo com as muitas possibilidades entre as populações de usuários, das diferentes drogas e dos recursos disponíveis.

Andrade (2004, p.88) diz que:

Estão incluídas nas práticas de RD, troca de seringas usadas por novas, uso de hipoclorito de sódio para limpeza de agulhas ou seringas usadas, ações dos agentes comunitários de saúde, salas de tolerância, terapia de substituição de uma droga por outra com menos consequências negativas para a saúde, e a prescrição da própria droga de consumo, em serviços públicos que além de oferecer a droga de forma gratuita, o que evita a intermediação do tráfico e todas as suas consequências, propicia condições seguras e protegidas de uso. Outro exemplo de ações de RD são as medidas de segurança diante do consumo de bebidas alcoólicas.

Sabe-se que a inserção social é uma estratégia da RD utilizada por serviços de cuidado à pessoas usuárias de álcool e outras drogas, em que o usuário possa reconhecer seu papel na sociedade e ter acesso à seus direitos.

A população usuária de álcool e outras drogas é comumente vítima de estigma social e preconceitos morais que o levam a vivenciar situações de vulnerabilidade e desfiliação, e enfraquecimento do seu papel enquanto cidadão. É importante caracterizar a cidadania como uma conscientização do acesso aos direitos do cidadão e cumprimento dos seus deveres mediante aos seus valores sociais.

Castel (1997) conceitua zona de desfiliação onde o sujeito está isolado socialmente e não participa em qualquer atividade produtiva e a zona de vulnerabilidade é caracterizada pelo trabalho precário e uma fragilidade no vínculo social. Relata também que o trabalho faz parte da identidade do sujeito, onde o seu valor está naquilo que ele pode produzir para a sociedade.

A diminuição da situação de vulnerabilidade pela reinserção social é promovida por serviços de saúde, assistência social, cultura e lazer. Porém, é pelos serviços de saúde que utilizam programas de redução de danos que os usuários de drogas são acessados (QUEIROZ, 2001). Estes serviços utilizam os princípios de busca ativa nos locais onde o usuário vive e faz uso de droga. Estes são lugares onde há vínculo ético e afetivo na relação entre usuário e agente redutor de danos; nos quais não há estigma na abordagem; a intervenção estimula o desenvolvimento da autonomia do sujeito; e ações de educação em saúde podem dar oportunidades para novos modos possíveis de relação com as drogas (ROMERO, 2001).

As ações de Redução de Danos reconhecem cada usuário em sua singularidade, em que a defesa de sua vida é um objetivo a ser alcançado. A redução de danos propõe-se como um método possível para o cuidado, e portanto, não exclui os outros. Tal método está vinculado ao plano de tratamento, e na RD tratar significa aumentar a autonomia, e responsabilizar o usuário por suas escolhas. Isso gera vínculos com os profissionais, que se colocam como parceiros nos caminhos a serem construídos na vida daquele usuário.

5.1.2 A Redução de Danos enquanto Política de Saúde

A redução de danos é uma política que surge, enquanto estratégia de saúde pública, para controlar consequências negativas associadas ao consumo de substâncias psicoativas sem, necessariamente, interferir no consumo, em que é respeitada a liberdade de escolha, buscando a inclusão social e produção de cidadania para os usuários, em seus contextos de vida marginais, sendo a RD um modo clínico de atuação com efeitos terapêuticos eficazes (BRASIL, 2004).

Foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil no município de Santos-SP, no ano de 1989, onde o uso indevido de drogas injetáveis estava gerando um alto índice de transmissão de HIV (MESQUITA, 1991). Sabemos que a RD tem se tornado ao longo dos anos uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias de cuidados orientadas pela lógica da abstinência, em que há uma diversidade de demandas e consequente aumento das propostas de cuidado em saúde para a população de usuário de drogas.

Com isso, em 1994, o SUS inseriu oficialmente a RD como política estratégica na saúde pública, iniciou com um conjunto de práticas voltadas para a prevenção da AIDS e hepatites virais em grupos que estavam vulneráveis à transmissão dos vírus pelo compartilhamento das agulhas e seringas contaminadas durante, na maioria dos casos, a prática do uso injetável de drogas. Posteriormente, essa política passou a ser utilizada no desenvolvimento de ações preventivas e na promoção de saúde junto aos usuários de drogas, em espaços institucionalizados e abordagens de rua (NIEL; SILVEIRA, 2008).

Por meio da Lei nº 11.343/2006, a RD foi regulamentada como uma estratégia que se insere nos espaços institucionais por meio das políticas do SUS, como por exemplo a Política Nacional da Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde Mental, a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas e a Política Nacional sobre Drogas, realinhada em 2004 (BRASIL, 2006). Sabemos que ofertas em saúde para usuários de drogas receberam significativo impulso, a partir do marco da legitimação da RD por meio das políticas do SUS. Assim as ações de RD deixaram de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS e passam a ser estratégia de todos esses espaços institucionais.

Após esses movimentos de mudanças, a política pública que é direcionada à temática das drogas, no dia 23 de maio de 2005, passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas (PNAD) no qual o planejamento e a articulação entre os diferentes equipamentos sociais e instituições de saúde são priorizados em suas ações (DUARTE, 2011).

Essa política apresenta à sociedade brasileira um outro olhar para o cuidado do usuário prejudicial de drogas e o uso indevido de drogas a partir da

redução dos danos sociais e à saúde, tratamento, recuperação e reinserção social; que é orientada pelo princípio da responsabilidade compartilhada, e em que o governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos devem atuar de forma cooperada e articulada entre si (BRASIL, 2008).

5.2 SERVIÇOS DE ATENÇÃO À USUÁRIOS DE ALCOOL E DROGAS

Até o início do século XXI, a saúde pública não realizava ações organizadas para tratamento e prevenção do uso e abuso de substâncias psicoativas.

A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, foram reafirmados os princípios do SUS, garantindo serviços de saúde mental às pessoas com transtornos decorrentes ao consumo de álcool e outras drogas (DELGADO; CORDEIRO, 2011).

Diante das políticas da saúde, em 2003 é publicado o documento “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, em que foi acordada uma oferta de serviços voltados à prevenção, tratamento e reabilitação de álcool e outras drogas. Esse mesmo documento foi revisado e republicado em 2004, e sugeriu a criação da rede de atenção integral, como um serviço intersetorial e ações de prevenção, promoção e proteção à saúde. Com isso, começaram a ser implantados os Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas (CAPSad) (BRASIL, 2004b).

Os CAPSad, foram criados em 2002, através da Portaria n.º 336/GM/2002 e são especializados no tratamento de usuário prejudiciais de álcool e outras drogas, e têm como objetivo principal a inclusão social, além dos atendimentos em saúde à essa população (DELGADO; CORDEIRO, 2011).

O CAPSad atende à população referenciada a uma área de abrangência definida, onde são oferecidas atividades terapêuticas e preventivas à comunidade. Há uma atenção diária ao usuário, e são desenvolvidas algumas atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação), até atendimentos em grupo e oficinas terapêuticas. Também é oferecido repouso para os usuários, e suporte para a desintoxicação de pacientes que necessitem desse tipo de cuidado, e que não precisem de atenção clínica hospitalar.

Mediante à Portaria nº 130 de 2012, é redefinido o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) (BRASIL, 2012). Sabemos que o CAPSad III oferece o mesmo serviço que um CAPSad, diferenciando no acolhimento noturno. Esse acolhimento noturno é referente ao objetivo traçado no plano de tratamento de cada paciente, sendo discutido em equipe a importância e pertinência dessa ação para o cuidado da pessoa. Como exemplo, podemos considerar um paciente em crise, seja por conflitos internos ou externos, que é acolhido no serviço por tempo integral e para o qual é traçado um objetivo para o seu cuidado pela equipe. Quando esse objetivo é alcançado, o mesmo recebe alta, não do serviço, mas do acolhimento noturno, e com isso continua o tratamento no serviço diariamente ou na frequência avaliada pela equipe. É possível que o paciente retorne ao acolhimento noturno caso a equipe julgue necessário.

É preconizado também, no cuidado nos CAPS, segundo a legislação, o incentivo à participação social dos usuários sobre as decisões referentes à organização do cotidiano no serviço. Um dos dispositivos de cuidado utilizados no CAPS ad III em que realizei meu estágio, para se cumprir essa premissa, é a Assembléia. Uma frequente pauta de discussão refere-se ao acolhimento noturno. Em uma dessas Assembléias, uma usuária relatou que durante o funcionamento do CAPS, de 7:00 às 19:00, ela consegue ficar sem usar drogas pois há oficinas e outras coisas com as quais ela se ocupa e por isso não sente a necessidade de fazer o uso. Mas relata que quando sai do CAPS, ela usa droga e se perpetua o ciclo que a leva a uma situação de vulnerabilidade. Ela questiona o tratamento, pelo fato de no dia seguinte ela aparecer no serviço “com a cara mais lavada”(sic) e a equipe a receber. Seu questionamento refere-se ao fato de não poder dormir no CAPS segundo o projeto terapêutico pactuado pela equipe e questiona também porque ela continua em tratamento mesmo fazendo o uso da droga fora do serviço. Tais questionamentos são muito comuns entre os usuários do serviço, e representam uma angústia comum que costuma aparecer na discussão sobre o tratamento e responsabilidade dos sujeitos.

Sabe-se que o CAPS ad III não é um abrigo ou uma instituição de internação. É um serviço onde os usuários ficam em acolhimento noturno por no máximo 15 dias, havendo algumas exceções, de acordo com um objetivo

traçado pela equipe junto a esse usuário e a singularidade de cada caso. Portanto, além de não haver espaço para todos dormirem no serviço, há uma aposta da equipe na responsabilidade dos usuários em suas decisões quando sai do CAPS.

Durante o acolhimento noturno são potencializadas a autonomia e organização do sujeito. Esse é um processo para quando o mesmo sair do acolhimento, ele possa continuar seu plano de tratamento na convivência do CAPS, nos dias combinado com sua equipe de referência e assumir a co-responsabilização pelo tratamento.

A redução do uso de drogas fora do serviço pela usuária citada acima, é um dos contextos possíveis de se avaliar os efeitos da RD. Essa usuária relata que fazia o uso de droga o dia inteiro, e que quando está no CAPS de 7:00 às 19:00 não usa drogas. Portanto, já reduziu o uso desta droga em doze horas do seu dia. E esta foi uma forma que encontrou de reduzir a quantidade de drogas durante o período de 24 horas. Começou a dedicar um tempo do seu dia a seu próprio cuidado, realizando atividades produtivas e de lazer, que dão outro significado a sua existência, olhando para si.

Além dos CAPSad, temos outros serviços que compõem a rede de cuidado aos usuários de AD como os serviços de Atenção Básica. Como exemplo, temos o Consultório na Rua, que é um dispositivo da atenção básica para populações específicas.

A Atenção Básica é caracterizada pela proteção e promoção da saúde, prevenção de riscos, pelo diagnóstico, tratamento e a manutenção da saúde. Nela é realizada uma oferta de cuidado a usuários no território, são identificados aqueles com problemas sociais. A Atenção Básica realiza articulação intersetorial de acordo com a demanda apresentada pelo usuário (PNAB, 2006).

Segundo Andrade (2011), dos Programas de Atenção Básica em Saúde, o principal motor é a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O Ministério da Saúde (1997) diz que:

O objetivo geral da Estratégia Saúde da Família é de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. E, para atingi-lo, a Equipe de Saúde da Família precisa conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade: os contextos familiares e a vida comunitária, desenvolvendo um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases: na programação, na execução e na avaliação.

Porém, uma questão a se refletir é que quase a totalidade da ESF não inclui a atenção ao uso de drogas no rol de suas ações no Município do Rio de Janeiro. A baixa cobertura da ESF é também um problema para os CAPSad, pois sua ausência compromete a continuidade do cuidado no território. Os CAPSad tem o papel de serem os articuladores das ações de saúde mental na atenção ao uso de álcool e outras drogas em um determinado território. E essa função depende muito da ESF e da inclusão de ações de RD com base territorial.

Andrade (2011, p.4668), ainda diz que:

Além da baixa cobertura, algumas das características da ESF justificam as suas dificuldades de integrar ações de RD em suas práticas cotidianas: 1. a ênfase na atenção básica à saúde no Brasil é ainda recente e apresenta uma estrutura organizacional em construção; 2. os profissionais de saúde desta Estratégia têm dificuldades de lidar com questões relacionadas ao uso de drogas, seja pelo desconhecimento dos fatores biopsicossociais relacionados ao seu consumo, reproduzindo preconceitos do senso comum acerca dos seus usuários, seja pelo medo de exposição profissional à violência do tráfico; e 3. os preconceitos quanto à legitimidade das práticas de redução de danos, ainda alimentam a resistência às mesmas apesar delas fazerem parte do SUS.

Sabe-se que pessoas que fazem uso de drogas de forma mais comprometedora, principalmente as que fazem uso de crack, têm muita dificuldade para chegar nesses serviços. Com isso, é importante integrar a atenção ao uso de drogas pela ótica da RD à ESF, na qual muitas das vezes a equipe carece de um treinamento adequado e produção de vínculos estáveis

com os usuários, para que as ações de promoção da saúde, prevenção e assistência alcancem essa população que não têm os serviços de saúde como referência para o cuidado.

É preciso levar em consideração a cultura e o modo de vida dessas pessoas. Como por exemplo, se um usuário de crack, que ficou a noite toda acordado, for a um serviço de saúde pela manhã e busca senha pra um atendimento que só poderá ser realizado somente cinco horas depois, será que ele conseguirá aguardar o tempo necessário? Provavelmente não. Isso contribui para o descrédito dos profissionais de saúde em relação ao comprometimento do usuário quanto ao seu cuidado e cria barreiras de acesso à assistência à saúde.

Os Consultórios na Rua (CnaR) são dispositivos da Atenção Básica inseridos na Rede de Atenção Psicossocial os quais seguem os fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). Preconiza o cuidado integral à saúde da população de rua com ênfase na saúde mental.

O Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e a criação do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da referida política nacional.

O Decreto nº 7.053 (2009) define a população em situação de rua (PSR) como:

Como grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

O trabalho do CnaR constitui-se por atendimentos *in loco*, às pessoas em situações de rua e aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e que se encontram distantes dos serviços de saúde por conta da dificuldade da inserção no mesmo. O cuidado é ofertado no próprio contexto de vida dos usuários, onde há uma criação de vínculo e as ações de RD são feitas na rua e quando necessário os usuários são referenciados para outros dispositivos das redes de cuidado. O CnaR amplia o acesso aos

serviços de saúde às pessoas em situação de rua e às pessoas que usam álcool e outras drogas na rua.

6 RELATO DE EXPERIÊNCIA

6.1 O COTIDIANO NO CAPS

Acolhimento, vínculo e responsabilização são considerações sobre o cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial. É usado como estratégia a criação de alguns dispositivos organizacionais que facilitam o vínculo e definem responsabilidade, como por exemplo: uma equipe de referência interdisciplinar, que é responsável pela articulação e acompanhamento dos Projetos Terapêuticos Singulares, com valorização de vínculo entre profissionais e usuários; elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O acolhimento é um exercício de escuta dos profissionais do sofrimento do sujeito, com o objetivo de permitir que expresse suas preocupações e angústias e também promover a sua autonomia. É importante ressaltar que acolher não é triar; triagem é uma seleção onde a gravidade do estado do paciente que determina a prioridade no tratamento, e o acolhimento é uma postura ética e não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo.

Depois do primeiro acolhimento, é iniciado um processo de avaliação do usuário. Junto com ele, é criado um Projeto Terapêutico Singular, que é a construção de um plano terapêutico voltado para as necessidades dos sujeitos e construído junto a eles, com o objetivo de fortalecer a autonomia e produção de novos lugares sociais. O PTS busca na singularidade do sujeito o elemento central de articulação de suas ações; criação de espaços coletivos, em que há o encontro entre rede de serviços, gestão e usuários; e considerar capacidade de autocuidado como indicador de eficácia da atenção.

Boccardo et al. (2011) definem PTS como:

Uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido (p. 87)

Segundo esses mesmos autores, o projeto terapêutico tem como objetivo final o resgate da cidadania. As necessidades do sujeito de acordo com sua singularidade, encontradas no projeto terapêutico, é o que faz com que nesse objetivo seja alcançado. Afirma também que nesse processo é importante ter a participação da família e da rede social dos usuários.

Na maioria dos casos, é muito difícil a inclusão das famílias nos PTS. Porém, tentar articular essa inclusão é de tamanha importância, pois as demandas dos familiares em relação ao usuário, ao serem ouvidas pela equipe do serviço, possibilitam uma outra forma de olhar para o sujeito em questão. É importante ressaltar que nesse CAPS, a maioria dos usuários está em situação de rua. Com isso, não todos, mas muitos não têm, ou é raro, o contato com os familiares.

Toda segunda-feira pela manhã é realizada a reunião de equipe geral. Nessa reunião, são passados alguns casos pra toda a equipe e estes são discutidos no coletivo. Essa reunião é de tamanha importância para que o trabalho em equipe possa realmente acontecer, pois é o espaço no qual estão reunidos todos os profissionais do serviço que podem não estar no mesmo dia no CAPS. Afinal, é nessa reunião que se garante o diálogo entre equipe, que muitas das vezes, na correria do cotidiano no serviço, não tem um espaço formal para o acontecer. Apesar disso, sempre que possível acontece uma reunião de final de turno do dia no CAPS, em que são passados os acontecimentos e casos.

Boccardo et al. (2011, p. 91) afirmam que:

As reuniões de equipe como espaço central de reflexão das práticas e de produção de conhecimento, no contexto da adoção dos princípios da integralidade, interdisciplinaridade e horizontalização do saber são condições indissociáveis ao desenvolvimento das novas práticas em saúde mental.

Lembro que na minha primeira reunião de equipe, ao ouvir alguns casos, fiquei com muito medo de não saber agir em algumas situações, de acontecer alguma coisa dentro do CAPS e da violência. Mas percebi que era um medo desafiador e não paralizador, queria entender de alguma forma como é a linha de cuidado com pessoas usuárias de álcool e outras drogas.

Nos primeiros dias, ao conversar com alguns usuários e ouvir suas histórias, tive vontade de dizer: *“Pára de usar drogas, procura um emprego, compra uma casa e construa uma família”*. Depois me perguntei: *“Será que é tão fácil assim?”* O que acontece é que construímos uma ideia de vida para um sujeito, que ele deve estudar, trabalhar, ter uma família, e queremos que todos sejam assim. Mas o ideal e o padrão de vida dessas pessoas são outros, o que podemos fazer é construir junto a eles métodos para realizar sua autonomia e independência e promover o cuidado considerando sempre sua subjetividade.

Amarante (2001, p. 76) diz que:

Por sua vez, a subjetividade é produto das redes da história; é, então, descentrada do indivíduo, sendo sempre coletiva e nunca individual. É produzida nos registros coletivos da sociedade e da cultura, através de mecanismos e estratégias os mais diversos, que definem os modos de existência regulados pelas leis, verdades e crenças, produzindo subjetividades e formas de vida. A produção de subjetividade funciona forjando modos de existência, que modelam as maneiras de sentir e pensar dos indivíduos.

É importante fazer a ligação do conceito de subjetividade com o padrão de normatização social, pois a verdade de cada sujeito varia de acordo com cada crença e valores do mesmo, através de suas experiências e histórias de vida.

Sobre esse assunto, Andrade (2010, p.89) afirma que:

As pessoas fazem parte de um universo dividido por uma linha imaginária que separa, de um lado, os que não usam drogas “os bons”, e do outro os usuários de drogas “os maus”, rotulados de drogados, viciados, marginais, e socialmente excluídos.

Como já colocado anteriormente, a maioria dos usuários desse CAPS são moradores de rua e por isso deve-se ter a sensibilidade para perceber que na rua eles passam frio, na maioria das vezes são sozinhos, têm medo, passam fome. Como se chega a um sujeito como esse e prega-se a abstinência, sem entender esse contexto? Muitas das vezes a droga é usada como saída para seus problemas. Ou não, às vezes a opção por morar na rua por já existir um vínculo ou por nela se sentirem livres. É importante ressaltar que cada caso é um caso e é por isso que existem os atendimentos dos usuários com sua equipe de referência, onde há uma escuta e é construída

uma relação de confiança em que o usuário pode falar disso, das suas angústias, dos seus medos e das suas dificuldades.

Por fim, é preciso ter questionamentos e estranhamentos diante de alguns acontecimentos dentro do CAPS e com os usuários frequentadores, e também reconhecer que nós não sabemos uma maneira protocolar de cuidar de todos os usuários, e essa sensação do “não saber” é um disparador para uma escuta sensível a fim de perceber na fala e também nas atitudes dos usuários suas demandas e junto com eles poder entender seus princípios, suas decisões e seus comportamentos.

6.2 A APROXIMAÇÃO DOS USUÁRIOS

Logo na chegada no CAPS, tive dificuldade para me aproximar dos usuários por medo de rejeição, de não saber o que falar, e também por vergonha.

Meu primeiro contato foi com Bené, junto com minha preceptora de estágio na sala de atendimento. Bené estava passando por um episódio significativo em sua vida. Esse ano, ele conseguiu uma quantidade de dinheiro muito grande. A cidade estava recebendo um evento de grande porte, a Copa do Mundo de 2014 e com isso recebeu muitos estrangeiros. Bené conta que estava em Copacabana, viu dois gringos distraídos conversando e uma mochila no chão perto deles, Bené diz que o momento de distração dos estrangeiros o instigou a pegar a mochila, ele o fez e saiu correndo. Quando ele parou e abriu a mochila, ficou descontrolado e surpreso com a quantidade de dinheiro que tinha dentro dela. Diz que gastou uma boa parte com as drogas e distribuindo para as pessoas no local onde mora. Foi então que sua filha sugeriu que ele comprasse uma casa, ele aceitou, ela resolveu tudo pra ele e conseguiu comprar uma quitinete.

A partir daí, Bené aparece com alguns discursos do tipo que *“foi Deus que está dando essa oportunidade pra mim, que vou calar a boca de muita gente que um dia duvidou de mim e que se eu morrer pelo o menos deixei alguma coisa para meus filhos.”* A ansiedade para receber a casa toma conta do mesmo, com isso ele aumenta o uso abusivo do álcool e das drogas. Bené acredita que com a compra da casa, irá reaproximar seus filhos dele. E com o

passar do tempo, essa aproximação não tem acontecido e o frustra ainda mais. Em alguns atendimentos percebemos que ele sempre procurava a saída nas drogas e achava que a mesma não lhe dava o direito de pensar e assumir suas responsabilidades. Utilizamos como recurso nos atendimentos a escuta terapêutica, onde ele mesmo pudesse falar sobre isso. Também colocávamos questões para que ele pudesse pensar e se reposicionar diante de suas escolhas.

Durante os atendimentos tentamos mostrar a Bené que ele tem o poder de decisão, e com o passar do tempo ele foi percebendo isso. Até que um dia ele disse à minha supervisora que só conseguia falar daquele jeito calmo com ela. E com as outras pessoas costuma ser agressivo, e percebeu que isso pode tê-lo afastado de seus filhos.

Nas vezes que conversei com Bené, pude identificar a transferência de responsabilidade que ele passa para as drogas e o quanto foi difícil para ele poder perceber isso. Ele queria seus filhos próximos, só que ele não enxergava suas atitudes e o que poderia fazer para que seus filhos se aproximassem.

Foram feitos alguns contatos por telefone com a filha de Bené que comprou a casa, pedindo para que ela fosse ao CAPS. Ela sempre dizia que estaria presente no dia combinado, só que nunca ia. Quando foi dito a ele que sua filha iria ao serviço, ele ficou bastante feliz mas ao mesmo tempo disse que ele sabia que a mesma não compareceria.

Um dia perguntei a ele o que lhe dava prazer além das drogas, com o objetivo de mostrar que ele pode fazer outras coisas também e provocar esse exercício de pensamento no mesmo. Primeiro ele respondeu que não sabia, depois ele pensou e disse que mulheres lhe davam prazer. Ele relata que depois que se separou da sua ex mulher, nunca mais conseguiu se envolver de verdade com outra. Uns dias depois, Bené começou a se relacionar com uma usuária do CAPS e o mesmo dizia que a mulher era só um passatempo. Pude perceber que ele falava dela frequentemente e de alguma forma ela estava fazendo companhia a ele. Este fato foi significativo, pois ele conta que ao invés de comprar uma quantidade de droga, ele tinha que comprar o dobro para os dois usarem e, quando ela queria fazer o uso, o mesmo tinha que fazer também para acompanhá-la. Com isso, ele percebeu que estava usando uma quantidade maior de substância que o normal.

Foi necessário interromper a minha participação nos atendimentos a Bené junto à minha preceptora pelo fato de minha preceptora ter notado que minha presença reforçava seu discurso de grandeza.

Outro usuário do qual que me aproximei foi Tito. Uma pessoa muito comunicativa e que gosta de conversar.

Eu estava na convivência do CAPS, sentei ao lado dele e conversamos pela primeira vez. Tito me contou que tinha muita dificuldade para lidar com dinheiro, quando fazia alguns trabalhos temporários e recebia, ele gastava tudo em drogas. Foi quando perguntei o que ele gostava de fazer e se ele gostaria de comprar outras coisas além das drogas. Ele me respondeu que gostaria de comprar roupas, gostava de ir ao cinema e ir ao restaurante. Sugeri que ao invés dele gastar tudo em drogas, ele poderia se organizar e fazer essas coisas citadas acima, utilizar seu dinheiro com outras formas de ter prazer, conforme o mesmo já havia falado. Ele pensou, disse que era muito difícil, mas que iria tentar.

Segundo Lima (2004) o terapeuta ocupacional através do olhar construído nos encontros e no processo terapêutico do sujeito, pode dar um sentido às atividades, o que possibilita ao sujeito também pensar nos possíveis sentidos. Com isso, o olhar torna-se sinônimo de cuidar, zelar e poderá colocar essa atividade e essa forma de fazer ao seu alcance.

Sabe-se que essa foi uma possibilidade que pensei junto ao Tito, para justamente provocar nele o ato de pensar em quais estratégias podem ser realizadas para organizar o gasto do dinheiro que ele recebe. É importante ressaltar que o sujeito não irá mudar seus costumes diários de uma hora pra outra, mas pode-se construir no processo terapêutico com o usuário uma outra forma de pensar e agir.

Uns dias se passaram e em uma conversa com Tito, ele disse que nos últimos dias ele estava usando menos drogas. Perguntei o que ele fez para isso acontecer, ele me disse que trabalhou no estacionamento e assim que recebeu o dinheiro foi direto para um restaurante e comprou a comida mais cara, com isso não sobrou muito dinheiro para a droga. Relatou também que em outro dia de trabalho, conseguiu comprar um chinelo.

Pude perceber a importância do cuidado tendo a redução de danos como estratégia. Tito conta que teve que sair do trabalho e já gastar o dinheiro

para não usar tudo com droga, mas foi uma forma dele se organizar para alcançar seu objetivo.

Em um outro momento, durante a convivência no serviço, Tito me chamou para jogar um jogo de cartas chamado “Pife”. Respondi que não sabia jogar, e ele se prontificou a me ensinar. Foi uma experiência muito significativa tanto para Tito quanto para mim, pois ele saiu do papel de passivo, de quem recebe orientações e passa pro papel ativo, no qual que ele transmite conhecimento. Ele começou a perceber que seu ensinamento foi bom a partir do momento em que comecei a ganhar no jogo e isso aumentou sua autoestima acreditando ser capaz de ensinar alguma coisa a alguém.

Consegui construir um vínculo com Tito na convivência do CAPS, onde construímos uma relação de confiança ao ponto dele falar pra mim seus medos, suas estratégias, suas angústias e eu poder perceber o dia que ele está bem e o dia que ele não está, sempre ressaltando que não podemos tirar nossa próprias conclusões, mas sim dar possibilidades ao sujeito de poder falar disso. Como por exemplo um dia vi que ele estava no canto quieto e sozinho, ele não costuma ficar assim, perguntei se estava tudo bem e ele disse que sim. Depois, ele me procurou, me pediu desculpa por não ter dado atenção, mas que quando ele usa cocaína, ele fica sério e não gosta de falar com ninguém, e ele tinha utilizado a droga uns minutos antes de ir ao CAPS. Achei importante ele poder falar disso, porque é um sentimento dele e uma forma de se comportar em uma situação que não estou acostumada a vivenciar com ele.

Percebe-se então as potências que o espaço de convivência apresenta, no sentido de proporcionar encontros, possibilitar o fortalecimento de vínculos através da escuta e do acolhimento, percebendo os limites e ampliando as possibilidades no cotidiano, para além da droga.

6.3 COLETIVO DE CRIAÇÃO

O Coletivo de Criação foi um espaço criado para a experimentação de materiais para criação de construções conjuntas. De início, na apresentação desse espaço, reunimos alguns usuários que se interessaram e apresentamos nossa proposta. Então, os usuários deram a ideia de levar garrafas pets e para

fazer experimentações nesse material, e foi combinado foi que cada um levasse pelo o menos três garrafas na outra semana.

No encontro seguinte, os usuários não levaram as garrafas. Foi então que Tito sugeriu que gravássemos vídeos com depoimentos dos usuários com finalidade da criação de um documentário interno do CAPS.

Assim, na outra semana, o educador físico que coordenava esse espaço junto comigo e com minha supervisora, levou sua câmera para darmos início às gravações. Fomos para o pátio e chamamos alguns usuários para gravar, uns não queriam, outros ficaram com vergonha, mas toparam.

Fizemos perguntas do tipo: "*De onde você veio? Qual é seu maior sonho? O que gosta de fazer no CAPS?*" as respostas foram das mais variadas, o sonho de um era ser bombeiro, do outro construir uma família, ter uma vida "normal" sem as drogas, ter uma casa.

Depois que gravávamos os vídeos, mostrávamos a eles. O fato teve uma importância significativa, em que eles se viam com um olhar de fora, um olhar em que o outro o vê. Isso repercutiu. Esta foi uma experiência estética de como aquele sujeito se manifesta na sociedade, de como é visto por ela.

O vídeo acabou sendo uma atividade expressiva, dentro de um experimento para então dar um significado na produção criativa, na qual o sujeito pode fazer parte de um processo de criação, o potencializando a partir da sua história de vida e do seu sonho.

Infelizmente, mudou o dia em que acontecia o espaço do coletivo de criação e eu não pude mais participar. Mas o tempo em que fiquei nesse espaço, pude perceber como o vídeo afetou a forma dos usuários se reconhecerem. Muitos não imaginariam que um dia pudessem ser gravados contando os seus sonhos, por exemplo.

No dia 22 de Novembro acontecerá a 1ª Mostra de Artes desse CAPS, que tem como nome "Encontro de gente". Neste evento acontecerão apresentações de todas as oficinas; serão apresentados música, teatro, dança, fotografia, instalações, vídeo, áudio, música, contação de histórias, roda de samba e um palco aberto. Nessa mostra de artes, os vídeos produzidos no espaço do coletivo de criação, serão expostos em uma sala do CAPS. Será uma oportunidade para apresentar à comunidade, através da arte, como o cuidado é realizado nesse CAPS.

A partir da minha vivência, foi possível identificar a importância da contribuição do olhar da Terapia Ocupacional para a produção deste evento, produzindo “estados de arte”, no cotidiano do serviço, junto à profissionais e usuários. Almeida (2004, s/p.) afirma que:

“É este o sentido último da arte: um sentido para a produção da diferença, de novas possibilidades, onde toda vida seria plena e movida por uma proposta ética não só no objeto artístico, mas no dia-a-dia, ou melhor, no cotidiano, sendo a terapia ocupacional como profissão produtora do estado da arte e justificando seu potencial na prática clínica”.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso dos usuários de álcool e outras drogas ao cuidado em saúde teve um grande avanço nos últimos anos, desde que os serviços de atenção à essa população vem possibilitando propostas alternativas para esse cuidado.

Ainda vivemos uma realidade em que o estigma relacionado a essa população e aos métodos utilizados para atender à esses usuários, como por exemplo a Redução de Danos. Nessa perspectiva, permanece ainda a visão de que os profissionais dos serviços estão pactuando com o uso/abuso das drogas. É preciso trabalhar a informação para que a população passe a compreender que a prática de Redução de Danos é uma forma de diminuir os prejuízos e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas que são usuárias de forma prejudicial de drogas.

Para isso, é preciso ampliar a discussão sobre o tema, através da publicação de pesquisas, artigos e trabalhos sobre o assunto. Essa disseminação de conhecimento faz-se necessária tanto no meio acadêmico quanto para a divulgação na sociedade.

Tanto através da pesquisa bibliográfica quanto da experiência vivida enquanto estagiária em um CAPS ad III, concluímos que a inserção do terapeuta ocupacional nessa prática pode colaborar a um cuidado mais integral.

A Terapia Ocupacional pode contribuir bastante na clínica com a população usuária de álcool e drogas, através da criação de vínculo e da escuta terapêutica, utilizando um olhar o sujeito como um todo, a partir dos seus desejos e demandas. Pode ainda contribuir nessa prática no sentido de trabalhar a promoção de autonomia e possibilidades de reinserção do sujeito à sociedade.

Essa forma de cuidado requer um trabalho em equipe, no qual diferentes profissionais possam compartilhar conhecimentos, pensar em possibilidades conjuntamente e junto ao usuário na construção do projeto terapêutico singular.

Por fim, se faz necessário a “desconstrução do saber” , para que possa ofertar possibilidades ao sujeito para falar de si e ter a sensibilidade para perceber o que o mesmo está demandando em seu cuidado.

Consideramos que esse trabalho apresenta apontamentos importantes no que se refere ao cuidado à população usuária de álcool e drogas, atingindo seus objetivos dentro das limitações possíveis para um Trabalho de Graduação, mas que são necessários ainda outros estudos e aprofundamentos sobre o tema, assim como o incentivo a práticas que visem a formação dos profissionais, de diferentes áreas, para essa prática.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.V.M. **Corpo e Arte em Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro: Enelivros Editora, 2004.

ANDRADE, T. M. Redução de danos: um novo paradigma? *In*: ANDRADE, T. M. **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. EDUFBA, 2004.

ANDRADE, T.M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Dez 2011, vol.16, no.12, p.4665-4674.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da República do Brasil. Poder Executivo. Brasília-DF, 24 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004**. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. 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. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de inclusão social da população em situação de rua**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2009.

BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.

CASTEL, R., 1997. A dinâmica dos processos de marginalização: Da vulnerabilidade à "desfiliação". Salvador: **Cadernos CRH**, n 26/27, p. 19-40.

DELGADO, P. G., CORDEIRO, F. A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil. *In: O uso de substância psicoativa no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais*. Módulo 1 / coordenação do módulo Tarcísio Matos de Andrade. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. p. 44-51

DUARTE, P. C. A. V. A política e a legislação brasileira sobre drogas. *In: O uso de substância psicoativa no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais*. Módulo 1 / coordenação do módulo Tarcísio Matos de Andrade. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. p. 34-43.

LIMA, E. M. F. A. A análise de atividade e a construção do olhar do terapeuta ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 42-8, maio/ago., 2004.

MACRAE, EDWARD. **Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos**. 2003. Disponível em: <www.google.com.br>. Acesso em Novembro de 2014.

MESQUITA, F. (1991). Aids e drogas injetáveis. *In* A. Lancetti (Org.), **Saúde Loucura 3** (pp. 46-53). São Paulo: Ed. Hucitec.

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2008.

QUEIROZ, I. S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 21, n.4, p. 2-15, dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932001000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16/08/14

ROMERO, L.C. **Manual de Redução de Danos: saúde e cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 73-85, 2001.