ISSN: 1676-8019

REDUÇÃO DE DANOS EM UM CAPS AD: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

HARM REDUCTION IN A CAPS AD: EXPERIENCE REPORT IN A MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY

REDUCCIÓN DE DAÑOS EN UN CAPS AD: RELATO DE EXPERIENCIA EN UNA RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL

Antônio Gabriel Miranda da Silva [1]
Jéssica Silva Rodrigues [2]

Como Citar:
Silva AGM, Rodrigues JS. Redução de danos em um CAPS AD: relato de experiência em uma residência multiprofissional. Sanare 2026;25(1).

Descritores:
Substâncias Psicoativas; Redução de Danos; Saúde Mental; Internato e Residência.

Descriptors:
Psychoactive Drugs; Harm Reduction; Mental Health; Internship and Residency.

Descriptores:
Psicotrópicos; Reducción del Daño; Salud Mental; Internado y Residencia.

Submetido:
14/02/2025

Aprovado:
16/06/2026

Autor(a) para Correspondência:
Antônio Gabriel Miranda da Silva
End: Univ. Federal do Ceará (Campus Benfica) - Av. da Universidade, 2762 - Benfica, Fortaleza - CE, CEP:60.020-181
E-mail:gabrielm@alu.ufc.br

RESUMO

O presente estudo objetiva relatar a experiência de um profissional residente, na construção de um grupo de redução de danos, com usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) de um município do interior do Ceará, Brasil. Mais especificamente, propõe-se problematizar práticas proibicionistas do uso de Substâncias Psicoativas (SPA); discutir a promoção de cuidado e autonomia de usuários, a partir das práticas de redução de danos; e refletir sobre os impactos dos marcadores sociais na saúde de usuários de SPA. Para tanto, toma-se a Residência Multiprofissional em Saúde como espaço formativo que possibilita a produção de estratégias de cuidado que focalizem a autonomia e o respeito aos usuários. O estudo alinha-se metodologicamente ao Relato de Experiência, utilizando-se de analisadores construídos ao longo do processo para discussões dos resultados. Teoricamente, apoia-se nos estudos de redução de danos e respectivas articulações com a luta antimanicomial e os marcadores sociais. Por fim, a experiência relatada aponta para vigência de práticas proibicionistas ao uso de SPAs; entrelaçamento entre marcadores sociais; uso de SPAs; e processos de estigmatização e reprodução de violências, apresentando possibilidades de cuidado atuantes na contramão deste cenário, com base territorial e comunitária.

1. Psicólogo pela Universidade Federal do Ceará (UFC), especialista em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e mestrando em psicologia na UFC. E-mail: gabrielm@alu.ufc.br. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8395-1626.
2. Doutora em psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora Adjunta no Curso de Psicologia na Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: jessic.silva@uece.br. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8395-1626.

Cert. de Redação Científica e Edição de texto: *Luana Monteiro Rodrigues.* ***Revisão de provas:*** *Texto definitivo validado pelos(as) autores(as).*

ABSTRACT

This study aims to report the experience of a resident healthcare professional in developing a harm reduction group for service users attending a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drug Use (CAPS AD) in a municipality located in the inland of Ceará, Brazil. More specifically, it seeks to critically examine prohibitionist approaches to psychoactive substance use, discuss the promotion of care and user autonomy through harm reduction practices, and reflect upon the impact of social markers on the health experiences of individuals who use psychoactive substances. In this context, the Multiprofessional Health Residency Program is understood as a formative space that enables the development of care strategies centered on autonomy, respect, and the singularities of service users. Methodologically, the study is grounded in the experience report approach, drawing upon analytical devices constructed throughout the intervention process to support the discussion of findings. The theoretical framework is informed by harm reduction studies and their intersections with the anti-asylum movement and social markers. The reported experience highlights the persistence of prohibitionist practices regarding psychoactive substance use, as well as the complex interrelationship between social markers, substance use, stigmatization processes, and the reproduction of violence. Furthermore, it points to alternative care possibilities grounded in territorial and community-based approaches that challenge and transform these prevailing dynamics.

RESUMEN

El objetivo fui relatar la experiencia de un profesional residente en la construcción de un grupo de reducción de daños con usuarios del CAPS AD de un municipio del interior de Ceará, Brasil. Específicamente, se propone problematizar las prácticas prohibicionistas del uso de Sustancias Psicoactivas (SPA); discutir la promoción de cuidado y autonomía de los usuarios, a partir de las prácticas de reducción de daños; y reflexionar sobre los impactos de los marcadores sociales en la salud de los usuarios de SPA. Para ello, se toma la Residencia Multiprofesional en Salud como espacio formativo que posibilita la producción de estrategias de cuidado que focalizan la autonomía y el respeto hacia los usuarios. El estudio se alinea metodológicamente con el Relato de Experiencia, utilizándose de analizadores construidos durante el proceso para discusiones de los resultados. Teóricamente, se basa en estudios de reducción de daños y sus articulaciones con la lucha antimanicomial y los marcadores sociales. La experiencia señala la vigencia de prácticas prohibicionistas sobre el uso de SPA; la intersección entre marcadores sociales; uso de SPA; y procesos de estigmatización y reproducción de violencias; y, además, presenta posibilidades de cuidado que actúan en contra de este escenario, con base territorial y comunitaria.

.....

INTRODUÇÃO

O uso de Substâncias Psicoativas (SPA) remonta a tempos antigos, compondo a história das mais diversas populações ao redor do globo, nas mais distintas épocas[1]. Elas estavam presentes nas sociedades de organização primitivas, constituindo rituais religiosos, festas e cultos e eram imbuídas de significações positivas, como a representação do vinho como um deus. As SPA, também, tinham função farmacológica. Entre o século XVI e XVIII, a palavra holandesa *droog*, que provavelmente originou o termo "droga", referia-se aos produtos com origem natural aplicados na alimentação e na cura de enfermidades, tendo valor comercial no período colonial[2].

Os avanços tecnológicos e científicos que marcaram o século XIX impactaram diretamente o uso e a produção de SPA. Exemplo disso foram os isolamentos químicos de heroína e cocaína, que aumentaram a escala de produção, sendo concomitante à produção de novas substâncias sintéticas, ampliando o mercado[3]. Nesse momento, drogas como a cocaína e derivados do ópio eram consumidas em todo o globo, conferindo domínio econômico e político, principalmente às indústrias farmacêuticas da Europa e do Reino Unido, a partir do monopólio de ópio[2].

O século XX inseriu na conjuntura internacional maior atenção e debates acerca do papel do Estado em relação ao consumo de psicoativos[1]. Emblema do início deste cenário foi a Conferência de Xangai sobre o Ópio, em 1909, que debateu sobre o controle do mercado, apesar de não definir a proibição do uso[2]. Assim, houve maior demarcação da questão das drogas como social, sobretudo associada a uma disputa econômica e intensificação do uso.

Ao ser visualizado como questão social, "o problema das drogas passou a ser balizado por três formações discursivas fundamentais: a medicalização, a criminalização e a moralização"[1:3], discursos que tiveram afastamentos e aproximações ao longo do tempo[1].

Nessa perspectiva, a medicalização do uso de drogas se remete à configuração de discursos ancorados nos saberes médicos para explicar esta utilização. Assim, foca-se nos aspectos farmacológicos e biológicos do uso, de forma que se preserva consenso, na medicina tradicional, sobre os potenciais prejuízos ao ser humano[4].

A moralização, originada no final do séc. XIX e início do século XX, foi caracterizada, sobretudo, pelo controle religioso do uso das drogas, com a formulação de discursos imbuídos de preconceitos étnicos e ideológicos. Este discurso moral consistiu em substrato para formação da legislação consolidada no século XX, em que o controle legal passou da esfera religiosa à legislativa, preservando, entretanto, a estrutura discriminatória[1].

A criminalização do uso de psicoativos contou com os Estados Unidos da América (EUA) como o principal precursor[3]. Com objetivo de atuar na contramão da hegemonia europeia no mercado do ópio, os EUA passaram a interferir em países latino-americanos, com objetivo de promover a autonomia deles frente à Europa, além de participar da conferência de Xangai, com vistas a "salvar" as populações asiáticas dos malefícios advindos do uso de ópio[2].

A cultura norte-americana associava o uso de SPA a determinadas populações, como irlandeses, mexicanos e negros, evidenciando contexto de xenofobia e controle social[2]. Em meados da década de 1920, foi promulgada a chamada Lei Seca, que proibia a fabricação, o comércio, a importação e o consumo de álcool[2,5]. A lei ficou implementada durante treze anos, porém a ineficácia dela foi visível a partir das drásticas consequências, como aumento de crimes violentos, formação do crime organizado e intoxicações facilitadas pelas produções clandestinas[5].

Em 1930, houve a criação de instâncias de controle e repressão ao comércio de drogas, como o *Federal Bureau of Narcotics*, precursora de diversos países[2]. Nessa mesma direção, organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU), foram essenciais na formalização desses processos, como a realização da Convenção Única, que, em 1961, definiu listas de drogas proibidas e àquelas permitidas para fins medicinais[2]. Esta tendência proibicionista foi o contexto para consolidação de diversas problemáticas, como o tráfico de substâncias[2].

A diferenciação entre traficantes e usuários ganhou força internacional, sobretudo em meados de 1960, momento de ascensão do consumo de SPA[6]. Assim, pequenos distribuidores de drogas ou usuários, moradores de periferias e de classes sociais mais baixas passaram a ser lidos como traficantes e delinquentes, enquanto as populações de classe social mais alta passaram a ser vistas como usuárias, dependentes, dignas de cuidado[6].

Assim, é visível que a lógica proibicionista foi balizada por motivações históricas e culturais, que vão desde questões de segurança nacional a econômicas. O século XX não foi pioneiro da regulamentação social do consumo de SPA, mas atrela a ela caráter penal e internacional, tomado de preconceitos raciais[1].

A despeito de diversos investimentos proibicionistas, lógica ainda presente na atualidade, o uso de SPA permanece crescendo. Em 2022, estima-se que 292 milhões de pessoas utilizaram drogas sem fins médicos e científicos, aumentando, em 20%, o consumo, quando relacionado à década anterior[7]. O principal uso é de cannabis (228 milhões de usuários), seguido de opioides (60 milhões) e anfetaminas (30 milhões)[7]. Aponta-se ainda que, em 2022, 64 milhões de pessoas no mundo tinham sofrimentos decorrentes do uso de drogas, mas apenas uma, em cada 11, recebeu tratamentos adequados, sendo o acesso ainda mais escasso a mulheres[7].

Na contramão de discursos proibicionistas, o paradigma da Redução de Danos (RD) surgiu como possibilidade de cuidado aos usuários de SPA, pautado na autonomia e liberdade dos sujeitos e na cogestão nos processos de produção de saúde, considerando saberes e experiências destes[8]. Logo, a redução de danos consiste em "uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas" [9:11] e surge a partir do fracasso de estratégias proibicionistas, sem ignorar a questão das drogas no cenário da saúde pública. A RD não vislumbra a abstinência como única possibilidade a estas questões, ampliando o olhar a pessoas que não querem ou não podem interromper o uso de SPA[10].

Assim, aponta-se o início das práticas de RD no Reino Unido, em que médicos indicavam a prescrição de cocaína e heroína como alternativa a sintomas de abstinência. O contexto mundial da disseminação de HIV/Aids, na década de 1980, também foi pano de fundo para consolidação de estratégias de redução de danos, já que houve aumento da disseminação do vírus em usuários de drogas injetáveis, a partir do compartilhamento de seringas[9]. Deste modo, iniciou-

se na Holanda a troca e distribuição de agulhas e seringas em diversos centros, como prevenção à transmissão de HIV, prática reproduzida em vários países[9]. No Brasil, destacam-se as intervenções realizadas em 1989, em Santos (SP), como uma das pioneiras no país, também com base no aumento de Aids na população[9]. As iniciativas foram diversas, destacando-se a distribuição de materiais para uso seguro de drogas injetáveis[9].

Ao longo da história, as práticas de RD ampliaram as intervenções, a partir de diversas pesquisas cientificamente fundamentadas, passando a não se restringir a drogas ilícitas e injetáveis[9]. Ao se alinhar aos ideais preconizados pelo campo da saúde coletiva, as estratégias de redução de danos expandiram a visão de cuidado para além da médico-centrada, desenhando um cuidado integral aos usuários de SPA, além de considerar a complexidade da questão do uso de drogas, delineando-se como importante estratégia atuante na contramão da criminalização e marginalização social dos usuários de substâncias.

Neste cenário, objetivou-se relatar a experiência de um profissional residente na construção de um grupo de redução de danos com usuários do CAPS AD de um município do interior do Ceará, Brasil. Mais especificamente, intentou-se problematizar práticas proibicionistas do uso de Substâncias Psicoativas (SPA); discutir a promoção de cuidado e autonomia de usuários, a partir das práticas de redução de danos; e refletir sobre os impactos dos marcadores sociais na saúde de usuários de SPA. Para tanto, toma-se a Residência Multiprofissional em Saúde como espaço formativo que possibilita a produção de estratégias de cuidado que focalizem a autonomia e o respeito aos usuários, alinhando-se à luta antimanicomial.

METODOLOGIA

O desenho metodológico desta pesquisa se configura como Relato de Experiência (RE), cujo foco foi relatar a experiência de facilitação de um grupo de redução de danos. O RE configura-se como registro escrito de vivências, acadêmicas ou não, constituindo relevante meio de aprendizagem, já que possibilita o acesso a diversos assuntos pela sociedade, a partir da experiência relatada[11].

Enfatiza-se que o RE "em contexto acadêmico pretende, além da descrição da experiência vivida (experiência próxima), a sua valorização por meio do esforço acadêmico-científico explicativo, por meio da aplicação crítica-reflexiva com apoio teórico-metodológico (experiência distante)"[11:64], sendo importante que o relato seja articulado a embasamentos teóricos e científicos, bem como reflexões críticas. Ademais, baseiam a definição pelas discussões de vivência próxima, referente à experiência propriamente dita, em que não há a urgência de crítica e reflexão, e vivência distante, caracterizada pela compreensão reflexivo-analítica de acontecimentos[11].

Ainda, configura-se como pesquisa qualitativa, estudo em que há a compreensão e interpretação de fenômenos, de modo que as interpretações do pesquisador constituem processo basilar, não sendo meras descrições e análises baseadas em informações eminentemente objetivas, cujos dados se resumem a números[12]. Assim, neste trabalho, descrevem-se as experiências de facilitação de um grupo de redução de danos com usuários do CAPS AD de um município do interior do Ceará, operacionalizado pelos residentes em saúde mental coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) - Turma X. A equipe de residentes era composta por uma enfermeira, uma assistente social e um psicólogo, sendo este último um dos autores deste trabalho.

O grupo de redução de danos constituiu-se como espaço de promoção de saúde e construção/ampliação da autonomia de usuários do CAPS AD, em relação ao uso de substâncias psicoativas. O CAPS AD se caracteriza como dispositivo que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), destinado a pessoas com necessidades advindas do uso abusivo de álcool e outras drogas, indicado a municípios com população superior a 70 mil habitantes[13]. O município de realização da experiência tem população de quase 75.000 habitantes, de acordo com o último censo demográfico, sendo a maioria mulher e pessoas autodeclaradas pardas[14].

A idealização do grupo ocorreu a partir das demandas do serviço, cujas práticas de RD eram tímidas, apesar do histórico de consolidação de grupos semelhantes a este. Desde a inauguração do equipamento, houve grupos de redução de danos facilitados por profissionais do serviço e residentes, porém ocorreram interrupções por diversos fatores. No momento de chegada da turma X ao CAPS, o grupo estava em hiato, já que era facilitado pelos residentes da turma anterior e, entre o encerramento desta e a chegada da nova turma, levou cerca de um mês, além do processo de territorialização da nova equipe.

Além disso, as inquietações dos profissionais residentes acerca da percepção de cuidados eminentemente focalizados na abstinência dentro do CAPS facilitaram a proposição deste projeto.

Ao todo, aconteceram nove encontros, realizados entre maio e agosto de 2024, no CAPS AD, semanalmente às segundas-feiras, cuja temática central de cada um está explicitada no Quadro 1. O grupo ocorria com usuários encaminhados pelos profissionais do serviço e equipe de residência, cujo perfil eram de pessoas que não querem, não podem ou não conseguem interromper o uso de SPA[8]. Além disso, participavam dos encontros usuários em regime de tratamento intensivo ou semi-intensivo, ou seja, aquelas pessoas cujas necessidades em saúde criam contexto de alta vulnerabilidade social, necessitando de acompanhamento mais próximo da equipe multiprofissional, estando no serviço por mais de um dia na semana. Apesar de usuários fixos, houve bastante rotatividade de pessoas durante os encontros, reflexo da alta rotatividade e baixa permanência dos usuários no CAPS, havendo a média aproximada de seis pessoas por dia de grupo. O perfil do público era majoritariamente masculino, negro, de classe social baixa, em situação de rua e a principal SPA utilizada entre eles era o álcool, alinhando-se a estudos nacionais sobre os principais perfis de usuários de drogas[15].

Quadro 1 – Temáticas por Encontro

Encontros	Temáticas
01 - 20/05	Apresentação dos participantes, da proposta do grupo, dos contratos e da definição de redução de danos
02 - 27/05	Conversa sobre a luta antimanicomial e produção de faixas a serem utilizadas em eventos alusivos à luta
03 - 03/06	Reapresentação do conceito de redução de danos e debates acerca do assunto
04 - 10/06	Definição dos conceitos de drogas e substâncias psicoativas
05 - 17/06	Bebidas alcoólicas - atuação no organismo e práticas de RD para o uso de álcool
06 - 01/07	Maconha - origens, tipo de uso e práticas de RD para o uso de maconha
07 - 08/07	Práticas de cuidados fora do CAPS, durante o recesso de férias de parte dos profissionais e distribuição de kits de RD
08 - 05/08	Retomada do grupo e discussões acerca das práticas de cuidado realizadas durante o recesso
09 - 19/08	Autonomia, liberdade e a relação com o uso de SPA

Fonte: Elaborado pelos autores.

Por fim, como ferramentas de análise, utilizaram-se os documentos de planejamento dos encontros, os materiais produzidos e utilizados neles e os diários de campo elaborados pelo autor. Os diários de campo desempenham papel ativo na pesquisa, operando como personagem atuante, uma vez que, no processo de registro, também são criadas as realidades acompanhadas, mapeando-se e formatando-se as intensidades dos acontecimentos, como uma "carto-grafia (grafia de uma comunicação) de intensidades"[16:279-280], em uma relação dialógica entre ele e o pesquisador.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As discussões propostas neste estudo se estruturaram a partir de quatro analisadores: 1) disputas discursivas entre práticas proibicionistas e práticas de redução de danos, na construção do cuidado; 2) ferramentas de cuidado pautadas no protagonismo e na autonomia dos sujeitos, com base comunitária e territorial; 3) processos de estigmatização de usuários de SPA e reprodução de violências.

Disputas discursivas entre práticas proibicionistas e práticas de redução de danos, na construção do cuidado

Quanto ao primeiro analisador, o grupo buscou alinhar-se aos preceitos antimanicomiais, apesar da constante disputa discursiva no campo entre ideias proibicionistas e aquelas pautadas no cuidado em liberdade e autônomo,

típicos da RD. Isto podia ser vislumbrado a partir de práticas vivenciadas no cotidiano do CAPS AD, como proibição do uso de cigarro em quaisquer espaços do serviço, mesmo os abertos, sendo pactuado com os usuários que o fizessem fora do terreno, os expondo a riscos; resistência de profissionais ao acolhimento de usuários sob efeito do uso de SPA; Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), focalizados na abstinência; discursos profissionais que se utilizavam da posição de poder; e inexistência de adesão de práticas de redução de danos no cotidiano do serviço. Alguns discursos proibicionistas e atrelados à abstinência também eram reproduzidos por diversos usuários. Estas narrativas eram contrapostas por parcela de profissionais alinhados às práticas de RD, incluindo os residentes.

Importante refletir sobre a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996[17], cuja redação foi alterada pela Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011, que proíbe o uso de cigarro em espaços coletivos fechados, cujo acesso seja público, respaldando discursos e práticas proibicionistas, sobretudo, por não considerar a complexa relação do uso de SPA, principalmente em espaços destinados ao cuidado. Exemplo disto é que muitos usuários do CAPS AD que participaram do grupo utilizam o cigarro como estratégia de redução de danos ao uso de outras substâncias mais danosas ao organismo, compondo o PTS. Assim, na experiência aqui relatada, a proibição do uso de cigarro dentro do terreno do CAPS, para além do respaldo legislativo, tem funcionado como brecha para o escoamento de discursos proibicionistas velados e incentivadores da abstinência.

Ainda, a experiência apontou que, por mais que o escopo do grupo fosse a redução de danos, diversas vezes, eram evidenciadas falas dos usuários coerentes com o proibicionismo e a abstinência, havendo poucas que se alinhavam à RD. Observou-se que muitos defendiam a abstinência, mesmo que não a praticassem, além de falas que apoiavam as Comunidades Terapêuticas (CT) como possibilidade de cuidado a pessoas em uso abusivo de SPA. Essas falas refletiram uma estrutura social calcada em ideias manicomiais, reforçada por um movimento de contrarreforma psiquiátrico em voga, instalado, sobretudo, no contexto brasileiro, que se caracteriza por evidentes incentivos a instituições asilares e a cuidados higienistas e tutelares, principalmente com o desmonte da atenção psicossocial e da respectiva base comunitária, além da estimulação à implementação e ampliação das CT[18].

Ferramentas de cuidado pautadas no protagonismo e na autonomia dos sujeitos, com base comunitária e territorial

Alinhando-se ao analisador 2, para construção do grupo, ponderou-se um cuidado em saúde mental enquanto produtor de vida, com base comunitária, territorial e em liberdade, baseado na preservação e promoção da autonomia e, principalmente, focado no antiproibicionismo[18]. Esta postura ia desde a liberdade de estar e permanecer no grupo à escolha sobre o uso de SPA. Importante pontuar que os discursos acerca da escolha do uso de SPA por parte dos mediadores não eram feitos sem responsabilidade, já que a cada encontro, além das diversas funções "positivas" da SPA narradas pelos usuários, eram evidenciados os possíveis prejuízos do uso abusivo de cada substância, ou, ainda, a interação com outras drogas. Entendia-se que o papel dos profissionais era o de facilitar o acesso a algumas informações levantadas em pesquisas científicas e não definir o caminho a ser trilhado pelas pessoas do grupo. Assim, observou-se maior troca entre profissionais e usuários, que se sentiam mais livres para falar acerca do uso, criando um cuidado mais alinhado às próprias singularidades e impactando na promoção da saúde mental. A RD objetiva ampliar as possibilidades terapêuticas, construir redes e atuações territoriais, a partir de princípios de facilitação do acesso, do acolhimento e da baixa exigência para o cuidado[8].

Além disso, nos encontros, empregaram-se metodologias participativas que, alinhadas às pesquisas participativas, buscam superar ideias hierarquizantes que atrelam ao pesquisador/facilitador a detenção do saber, de modo que todos os sujeitos são copartícipes dos processos de diagnóstico das problemáticas, bem como construção de alternativas[19]. Nesta experiência, houve esforço dos mediadores para implementação desta postura, apesar dos constantes discursos de participantes que os colocavam como detentores de respostas acerca das próprias vidas. Os encontros eram planejados semanalmente pela equipe de residência, havendo divisões de tarefas relativas à facilitação do encontro e à construção de materiais. As temáticas foram pré-selecionadas pelos profissionais residentes no momento de planejamento do grupo, alinhando-se à literatura e às principais substâncias utilizadas pelos usuários do CAPS. No primeiro encontro, estas temáticas foram apresentadas como sugestões, de

modo que os participantes deliberaram preferências e elencaram outros temas que não estavam listados.

Ainda nessa perspectiva, os participantes se acomodavam em cadeiras, em formato de círculo, sem divisão entre os profissionais e os usuários do serviço. Cada dia de grupo era iniciado com perguntas e respostas acerca de como estavam se sentindo e como foi o final de semana. Durante os encontros, os mediadores optaram por estratégias que suscitaram as falas dos participantes, de modo que as discussões teóricas e científicas se atrelassem às vivências e experiências dos usuários, focalizando as narrativas de vida. Ainda, os materiais gráficos utilizados, como slides, fôlderes e cadernetas, eram compostos de textos e imagens, objetivando a acessibilidade a pessoas com baixa formação escolar. Este último recurso foi implementado nas atuações da residência, após meses de ingresso no equipamento, com base na percepção de barreiras à promoção de cuidado que se formataram a partir de linguagens inacessíveis.

Processos de estigmatização de usuários de SPA e reprodução de violências

Quanto ao terceiro analisador, a experiência apontou diversos marcadores sociais dos participantes e o entrelaçamento deles com o uso de substâncias e o cuidado em saúde. Visualizaram-se questões de classe social e baixa escolaridade, como baixa compreensão das linguagens dos profissionais e acesso restrito a substâncias de baixa qualidade, a partir da baixa renda, como o crack; fragilidades de vínculos sociais, principalmente os familiares; exclusão social e violências físicas e psicológicas, calcadas nos estigmas de "viciado/a", "drogado/a", "papudinho/a", etc., inclusive nos serviços de saúde; intensificação do estigma em saúde mental, a partir do uso abusivo de SPA; e fragilidade na garantia de direitos, já que muitos usuários viviam em situação de rua.

O cuidado em saúde deve estar atento à existência de marcadores sociais, como raça, gênero, classe e escolaridade, e estruturas sociais que balizam a produção de iniquidades e produção de sofrimento psíquico[20]. Deste modo, o processo de exclusão social alicerçado nos estigmas atrelados a pessoas em situação de rua que utilizam SPA, como violentos, criminosos e loucos, balizam a formação de identidades e os processos de vulnerabilização social e negação de direitos, inclusive nas práticas de saúde, em que há a reprodução desse estigma por diversos profissionais[21]. Nessa perspectiva, as estratégias de redução de danos rompem os binarismos predominantes no campo das drogas, como abstinência e recaída, além de ampliar o olhar para além da substância química, evidenciando a complexa construção da relação sujeito-substância e o momento sociocultural, em um foco psicossocial[8]. Ainda, o paradigma da RD tem atuado na construção de discursos subversivos e contra-hegemônicos aos discursos dominantes, fundamentados no proibicionismo e nas guerras às drogas, produtores de exclusão e reducionismos, uma vez que rompe com essas fixações, ao apostar nas singularidades, nas narrativas de vida e nos saberes dos usuários, promovendo a emergência de discursos hegemonicamente não autorizados[8].

Ao evidenciar a complexidade relativa ao uso de SPA, a experiência trouxe à tona narrativas de usuários acerca de consequências mantenedoras do uso e os possíveis prejuízos. Dentre elas, maior prazer, disposição, relaxamento, coragem, esquiva a emoções, prejuízos clínicos, laborais, sociais e financeiros, instalação de quadros psicóticos, morte de amigos e familiares, inclusive associadas ao tráfico, exposição a riscos, violências físicas e psicológicas, internação e perda de autonomia.

Por fim, a experiência de construção do grupo de RD possibilitou maior aproximação dos residentes com a complexidade do uso de SPA, pautado em características biopsicossociais, funcionando como profícuo cenário de aprendizado profissional, principalmente no contexto de residência em saúde mental coletiva. Por outro lado, encontraram-se barreiras discursivas balizadas no proibicionismo e na abstinência, reproduzidas não somente pelos usuários, mas em práticas do próprio serviço. Neste sentido, as práticas proibicionistas, outrora mencionadas, dificultavam a implementação de ideias debatidas no grupo. Além disso, a equipe de residência foi reduzida no decorrer deste percurso, desembocando em saída completa deste cenário de prática, havendo a interrupção do grupo, portanto, não houve continuidade das ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, ao relatar a experiência de construção de um grupo de redução de danos com usuários de um CAPS AD, evidenciou a importância de estratégias de cuidado, alinhadas aos preceitos da luta antimanicomial, que preconiza um cuidado

em liberdade, comunitário e focado no usuário e na autonomia dele, tendo o paradigma da RD as estratégias profícuas nesta direção.

Vislumbra-se que, apesar de as estratégias de redução de danos terem diversos precedentes na história mundial e evidências sobre a eficácia, o robusto imaginário social, fundamentado no proibicionismo, alinhado a um processo de contrarreforma psiquiátrica emergente, dificultou a implementação de ações balizadas por elas. Apesar disso, aponta-se estas estratégias como possibilidades de construção de narrativas contra-hegemônicas no campo das drogas, ao apostar em um cuidado singular que dissolva discursos homogeneizantes e reducionistas.

Acerca das limitações deste trabalho, menciona-se, principalmente, a curta passagem da residência multiprofissional no serviço, que interrompeu a consolidação de um projeto linear e a abordagem de outras temáticas no grupo, reduzindo a possibilidade de outros tensionamentos teóricos.

Por fim, aponta-se a importância da aplicação de práticas de redução de danos no cuidado a pessoas em uso de SPA no SUS, já que põe em evidencia um cuidado focado no usuário, além de promover a autonomia e responsabilização do próprio cuidado. Além disso, reconhece-se a potencialidade da atuação multiprofissional, aqui facilitada pela residência, na construção de um cuidado integral dos sujeitos. Ainda, sugere-se a construção de pesquisas dentro do âmbito da RD, a despeito de tímidas produções, principalmente as que se propõem a evidenciar experiências operacionalizadas nacional e internacionalmente e os respectivos impactos na consolidação do cuidado de usuários em uso de SPA, em maior período de tempo, haja vista o fato deste trabalho não ter aprofundado esta seara pelo seu escopo.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Antônio Gabriel Miranda da Silva contribuiu com a concepção, o delineamento e a realização da pesquisa; a análise e interpretação dos dados; e a redação do artigo. **Jéssica Silva Rodrigues** colaborou com o delineamento da pesquisa; a análise e interpretação dos dados; e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Gomes-Medeiros D, Silva PTS, Oliveira RCD, Hartz ZMA, Junqueira LAP, Medeiros PF, et al. Política de drogas e saúde coletiva: diálogos necessários. Cad Saude Publica [Internet]. 2019 [cited 2024 Jul 3];35(7):e00242618. Available from: https://doi.org/10.1590/0102-311X00242618.

2. Calvete CS, Souza TS. História e formação do mercado das drogas. Rev Econ [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 2];41(76):401-29. Available from: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/216225.

3. Rybka LN, Nascimento JL, Guzzo RSL. Os mortos e feridos na "guerra às drogas": uma crítica ao paradigma proibicionista. Estud Psicol (Campinas) [Internet]. 2018 [cited 2024 Jul 5];35:e170065. Available from: https://doi.org/10.1590/1982-02752018000100009.

4. Fiore M. Prazer e risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre uso de "drogas". In: Labate BC, Goulart S, Fiore M, MacRae E, Carneiro H, editors. Drogas e cultura: novas perspectivas [Internet]. Salvador: EDUFBA; 2008 [cited 2026 Jun 14]. p. 141-53. Available from: https://repositorio.ufba.br/handle/ri/16166.

5. Fiore M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. Novos Estud CEBRAP [Internet]. 2012 [cited 2024 Jul 8];(92):9-21. Available from: 10.1590/S0101-https://doi.org/33002012000100002.

6. Rocha AP, Lima RCC, Ferrugem D. Autoritarismo e guerra às drogas: violência do racismo estrutural e religioso. Rev Katálysis [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 9];24(1):157-67. Available from: https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e73561.

7. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2024: key findings and conclusions [Internet]. Vienna: UNODC; 2024 [cited 2025 Jan 3]. Available from: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2024/WDR24_Key_findings_and_conclusions.pdf.

8. Ferreira I. O paradigma da redução de danos na clínica com usuários de drogas: inflexões, deslocamentos e possibilidades de escuta e posicionamento clínico. Bol Anal Polit Inst [Internet]. 2018 [cited 2025 Jan 21];(18):71-9. Available from: https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8882.

9. Pollo-Araujo MA, Moreira FG. Aspectos históricos da redução de danos. In: Niel M, Silveira DX, editors. Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde [Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2008 [cited 2024 Nov 11]. p. 7-10. Available from: https://

www.researchgate.net/profile/Dartiu-Silveira/publication/230824010_Drogas_e_reducao_de_danos_uma_cartilha_para_profissionais_de_saude/links/0912f5091662c969f2000000/Drogas-e-reducao-de-danos-uma-cartilha-para-profissionais-de-saude.pdf.

10. Domanico A. História, conceitos e princípios da redução de danos. In: Surjus LT, Formigoni MLO, Gouveia F, editors. Redução de danos: conceitos e práticas [Internet]. São Paulo: UNIFESP; 2018 [cited 2026 Jun 14]. p. 5-15. Available from: https://www.unifesp.br/reitoria/senad/images/PDF/REDUCAO_DE_DANOS_CONCEITOS_E_PRATICAS.pdf.

11. Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. Rev Prax Educ [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 2];17(48):60-77. Available from: https://doi.org/doi:10.22481/praxisedu.v17i48.9010.

12. Menezes AHN, Silva FN, Oliveira J, Schmitt CS, Rueda FM, Santos VCC. Metodologia científica: teoria e aplicação na educação a distância [Internet]. Petrolina: Universidade Federal do Vale do São Francisco; 2019 [cited 2024 Nov 2]. Available from: https://portais.univasf.edu.br/noticias/univasf-publica-livro-digital-sobre-metodologia-cientifica-voltada-para-educacao-a-distancia/livro-de-metodologia-cientifica.pdf.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. 2011 Dec 23 [cited 2024 Nov 25]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: indicadores [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [cited 2024 Dec 5]. Available from: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html.

15. Carvalho IAB, Menezes KS, Magalhães JM, Amorim FCM, Fernandes MA, Carvalho CMS. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas. Rev Pesqui Cuid Fundam Online [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 21];12:326-31. Available from: https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7095.

16. Medrado B, Spink MJ, Méllo RP. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. In: Spink MJP, Brigagão JIM, Nascimento VLV, Cordeiro MP, editors. A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas [Internet]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2014 [cited 2024 Jan 31]. p. 274-94. Available from: http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/19088.

17. Brasil. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso de produtos fumígeros, a regulamentação de sua publicidade e propaganda, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1996 Jul 15 [cited 2026 Jun 14]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9294.htm.

18. Lira GFC, Oliveira A. Desafios na sustentação dos princípios da luta antimanicomial. Argumentum [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 8];15(3):111-25. Available from: https://doi.org/10.47456/argumentum.v15i3.40031.

19. Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. Psicol Cienc Prof [Internet]. 2003 [cited 2016 Nov 11];23(4):64-73. Available from: https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010.

20. Dimenstein M, Oliveira J, Santos A, *et al.* Situação de saúde mental de comunidades tradicionais: marcadores sociais em análise. Rev Latinoam Psicopatol Fundam [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 30];25(1):162-86. Available from: https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n1p162.9.

21. Rodrigues JS, Lima AF, Holanda RB. Identidade, drogas e saúde mental: narrativas de pessoas em situação de rua. Psicol Cienc Prof [Internet]. 2018 [cited 2025 Jan 10];38(3):424-36. Available from: https://doi.org/10.1590/1982-37030004912017