

Redução de Danos e Emoções: teias de vínculo e acolhimento aos usuários problemáticos de drogas

Rodolfo Ferreira da Silva – (PPGSA-UFRJ) ¹

Antropologia das Emoções, Etnografia, Redução de Danos.

I – Introdução

Após produzir uma etnografia em uma cena de consumo de crack no centro do Rio de Janeiro (SILVA, 2024), onde a vergonha emergiu como afeto central, marcando uma distinção que reforçava a ‘cultura da evitação’ e, ao mesmo tempo, promovia pertencimento, avanço no estudo das emoções e subjetividades a partir do atendimento realizado na rede pública de saúde (SUS), com foco no trabalho dos CAPS e dos CAPS ad sob a perspectiva da Redução de Danos, doravante RD.

Entendo os CAPS como “híbridos de natureza e cultura” (Latour, 2019), ou seja, onde se observa a intersecção entre saberes médicos, práticas sociais, relações afetivas, políticas públicas, experiências subjetivas e tecnologias do cuidado. A RD, enquanto “espaço terapêutico”, não opera com uma separação rígida entre o biológico e o social, mas justamente na articulação entre esses domínios, o que Bonet e Tavares (2007) definem como “espaço entre”, percepções de corpo e visões de mundo diferentes que se tencionam e negociam constantemente. Aqui, o cuidado é pensado como um processo relacional, envolvendo dispositivos, instituições e práticas que articulam elementos formais e informais. Nesse contexto, destaca-se a importância dos encontros singulares entre profissionais e usuários, nos quais se produzem sentidos e efeitos terapêuticos. O cuidado surge na escuta, na abertura à alteridade, no reconhecimento do outro em sua diferença e na construção conjunta de estratégias de vida, onde ambos acabam afetados.

Inicialmente, buscava refletir sobre as tecnologias de cuidado presentes na RD e a (re)construção de sociabilidade e subjetividades dos usuários. Meu foco estava nas emoções do usuário e na maneira como reagia ao processo terapêutico proposto pela instituição. No entanto, enfrentei dificuldades junto aos Comitês de Ética para a obtenção das autorizações para o desenvolvimento do trabalho. No caso do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro (SMS), onde desenvolvi a pesquisa, me foi negada a possibilidade de uma maior interação com os usuários do

¹ Trabalho apresentado na 35ª Reunião Brasileira de Antropologia (Ano: 2026)

sistema. A alegação era de que uma relação muito próxima, uma conversa mais demorada, poderia gerar “gatilhos” que poderiam interferir no tratamento, acionando traumas e levando a recaídas. Assim, diante de uma dificuldade objetiva, meu foco acabou voltando-se para os profissionais e a observação de como estes interagiam com os pacientes atendidos nos espaços pesquisados.

Desenvolvi a pesquisa de campo em três espaços distintos. Em dois deles, situados em Clínicas da Família na zona sul do Rio de Janeiro, acompanhei as reuniões dos grupos de Redução de Danos. Já no terceiro, um CAPS ad, também situado na zona sul do Rio de Janeiro, acompanhei as reuniões de equipe que ocorrem semanalmente. Numa das clínicas entrevistei o diretor, um redutor de danos e uma psicóloga. Já na segunda, uma terapeuta ocupacional, um médico, uma assistente social, a diretora e o vice-diretor. Além disso, fui inserido no grupo de WhatsApp do CAPS ad, além de conversar longamente com diversos profissionais nos intervalos das reuniões de equipe. Foi aqui que ouvi histórias muito interessantes de psicólogos, médicos, enfermeiros e animadores culturais.

Ao trabalhar a questão do uso problemático de drogas numa perspectiva ampla e transdisciplinar, o programa de Redução de Danos implementado nos CAPS pode contribuir também para a (re)construção de um senso de pertencimento e de outras formas de estar no mundo que influenciam decisivamente a percepção de si. Para tanto, as categorias de vínculo e acolhimento são centrais no debate e nos ajudam a delimitar o escopo da análise. Sendo assim, gostaria de entender como os profissionais de redução de danos se sentem em relação aos usuários (empatia, compaixão, frustração) e como isso se reflete tanto na sua prática quanto em sua subjetividade.

Numa das reuniões de equipe, discutia-se o caso da companheira de um paciente que acabara por tornar-se ela própria frequentadora do espaço. Apesar de alegar não ter problema com drogas e de fazer um uso apenas recreativo de maconha, reclamava sofrer agressões, maus tratos, além de ser sistematicamente roubada pelo companheiro. Este caso, assim como outros, gerou uma grande mobilização da audiência que acabou verbalizada na fala de uma profissional como uma “grande angústia e frustração”.

A angústia, também nomeada por frustração, pode ser entendida aqui como uma espécie de “emoção de fronteira”, limiar entre cuidado e controle, autonomia e tutela. Funciona não apenas como uma emoção individual dos profissionais, mas como uma espécie de atmosfera moral e afetiva que organiza o trabalho cotidiano no CAPS ad.

A confirmação para a assertiva acima veio quando um psicólogo do CAPS ad anunciou numa das reuniões de equipe que em algumas semanas seria realizada uma

oficina sobre frustração. Ora, ao colocar a frustração no centro das preocupações da equipe através da oficina, o psicólogo me forneceu a peça que faltava para montar esse quebra-cabeça. Após o anúncio da oficina, fui ao seu encontro e o indaguei sobre a escolha do tema. Ele me respondeu que a frustração era um dos afetos que mais atravessa o fazer destes profissionais e que, por isso, alinhou a oficina a pedido da direção, inclusive.

II – O programa de Redução de Danos e os profissionais do CAPS

Segundo Bonet (2014), a medicina no Brasil experimentou um processo de estatização em meados do século XX que estava diretamente relacionado às problemáticas sociais, buscando resolver tanto a questão da saúde da população, quanto a problemática da prática médica. Foi nesse contexto que se consolidou o conceito de Atenção Primária na saúde pública. “Essa conjunção propunha novas formas de entender o processo saúde-doença – nova compreensão que já se observava na concepção da saúde e da doença não como estados, mas como processos.” (Bonet, 2014, p. 36).

Ao deslocar o foco de um atendimento centrado no hospital, privilegiando o cuidado no território, contínuo e centrado na pessoa, a Atenção Primária estabeleceu princípios como integralidade, interdisciplinaridade e vínculo com a comunidade. Embora decorra de uma trajetória específica, crítica ao modelo manicomial, os CAPS compartilham com a Atenção Primária a mesma lógica e racionalidade de cuidado. Nesse sentido, os CAPS representam um desdobramento da racionalidade descrita por Bonet, onde o cuidado deixa de se organizar exclusivamente em torno da doença e passa a tomar a pessoa, sua história e seu território como central na prática clínica.

A literatura sobre Redução de Danos no Brasil, em sua maioria, traça um histórico do seu desenvolvimento desde a origem, na cidade de Santos, com o programa inicial voltado para a prevenção do HIV nos anos 1980, até as abordagens atuais que conferem um caráter de centralidade à questão do uso problemático de drogas e dos Direitos Humanos.

Fábio Mesquita (2020) percorre este trajeto, destacando a tentativa de criminalização dos agentes de Saúde da cidade de Santos nos anos 1980, quando no programa de prevenção de HIV/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde implementou-se uma ampla distribuição de seringas. Posteriormente, aponta os avanços alcançados em nível federal, desde a implementação em 1992 dos CAPS em rede nacional, os CAPS ad e a lógica dos “consultórios de rua.” Finalmente, destaca o caráter abrangente dos

programas de Redução de Danos atualmente, que possuem uma visão contrária à ideia de que a repressão ou a abstinência são as únicas soluções. Como um exemplo bem-sucedido, cita o programa “De Braços Abertos”, implementado na gestão Haddad da prefeitura de São Paulo na região conhecida como Cracolândia. Este programa, que teve oportunidade de visitar quando preparava o projeto para a pesquisa de Doutorado, atuava a partir do tripé saúde, moradia e emprego, em uma abrangência psicossocial. O documentário “Diz a ela que me viu chorar” é um dos relatos mais belos e honestos do cotidiano dos moradores de um prédio na região, contribuindo de maneira decisiva para a (re)humanização e compreensão dos dramas e adversidades vividas pelas pessoas da região².

Já Dênis Petuco (2020), a partir de uma reflexão de seus próprios trabalhos anteriores, apresenta a tese de que o programa de Redução de Danos no Brasil, diferentemente do que ele próprio pensava, evolui em “ondas”, a partir de um acúmulo crítico de experiências. Conceito polissêmico, a RD assim experimentou na sua primeira onda um foco na prevenção ao HIV e hepatite (anos 1980), na segunda voltou-se para a questão da saúde mental, sobretudo após a dispersão do consumo de crack no Brasil (anos 2000) e agora experimenta uma terceira onda, focada nos direitos humanos e desenvolvimento social. Essa percepção é interessante porque parte do pressuposto de que não houve uma ruptura, como o próprio autor admite ter pensado anteriormente, mas um acúmulo de experiências.

Após também apresentarem um histórico do desenvolvimento da RD no Brasil, Mairla Protazio e Liliana da Escossia (2018), percebem a RD como um modo de cuidado que se dá “entre redes”, sendo ao mesmo tempo um dispositivo de cuidado e de confluência entre os diversos níveis e redes de atenção à saúde, mas não somente, atuando na intersetorialidade através da articulação também com redes de assistência social, educação e justiça. Segundo as autoras, para a RD, vínculo e acolhimento são estratégias de cuidado. Através de uma escuta ativa, sem julgamentos, preconceitos ou moralismos, produz-se uma abordagem que favorece a clínica de uma forma ética e que valoriza a “arte do encontro” e do “fazer juntos”. A ideia aqui é simplesmente aceitar o fato de que o uso de psicoativos faz parte da história da humanidade desde sempre e de que nenhuma substância é ruim em si mesma. Dessa forma, a RD seria mais do que apenas uma

² Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IWFSjC5MNgQ>

estratégia para atenuar as consequências do uso de drogas, mas uma diretriz do cuidado em saúde.

Como citamos anteriormente, a Redução de Danos é um conceito polissêmico, bastante abrangente e em constante construção. Estudando os sentidos da RD nos CAPS ad do Distrito Federal, Santos & Pires (2020), apontam as dificuldades apresentadas pelos profissionais “da ponta” para a compreensão do conceito da RD, bem como os entraves que esta dificuldade cria para a operacionalização da RD enquanto política pública. Ao abordarem o conceito, os entrevistados pelas pesquisadoras apontaram como principais problemas o fato de ser recente a implementação da RD como política pública³, além da ausência de programas de capacitação e, sobretudo, o caráter contra-hegemônico da RD, que se contrapõe a abordagens mais tradicionais no campo do consumo problemático de drogas.

O artigo reverbera uma discussão que me parece longe do fim. Durante a pesquisa do Mestrado, fui informado por um interlocutor de Narcóticos Anônimos que a associação realizava com frequência palestras, chamadas por eles de “Informação ao Público – (IP)”, em CAPS ad da cidade do Rio de Janeiro, convidando os seus frequentadores a conhecerem os grupos de NA, mesmo sabendo que ali há uma posição muito clara em favor da abstinência como uma única forma possível de lidar com o problema.

Um outro aspecto interessante é justamente a relação que existe entre essa visão mais conservadora do tratamento da questão das drogas com a política repressiva conhecida como “guerra às drogas”. Passos e Souza, em artigo escrito em 2011, já levantavam esse problema, propondo que a RD poderia se afirmar como uma política alternativa à chamada “guerra às drogas”, apresentando os avanços da RD no mundo e no Brasil. Para os autores, a inclusão de usuários problemáticos de drogas em “arranjos de cuidados coletivos” trata-se de uma importante direção clínica e política. Segundo eles, a RD surge como um método construído pelos próprios usuários de drogas e que restitui, na contemporaneidade,

um cuidado de si subversivo às regras de conduta coercitivas. Os usuários de drogas são corresponsáveis pela produção de saúde à medida que tomam para si a tarefa de cuidado. Reduzir danos é, portanto, ampliar as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo. (PASSOS & SOUZA, 2011, p. 161).

³ Portaria no 1.028, de 1 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.

Recentemente, a Redução de Danos voltou ao centro da política de drogas no Brasil. Se durante os governos Temer e Bolsonaro ela foi “escanteada” em prol das “comunidades terapêuticas”, o CONAD (Conselho Nacional de Política sobre drogas) acaba de divulgar o seu Novo Plano Nacional de Política sobre Drogas (PLANAD 2026-2030)⁴. Aqui, a RD retoma o protagonismo como estratégia pública, fortalecendo os CAPS ad, o Consultório na Rua, ações em festas, uma política de educação para uso mais seguro, distribuição de insumos e o acolhimento sem julgamento. Há um deslocamento do debate, da substância para o indivíduo, ou seja, pensar em formas de diminuição do sofrimento real, baseadas em cinco eixos centrais: cuidado em liberdade, direitos humanos, saúde pública, acolhimento e integralidade. O PLANAD ainda reconhece que os danos relacionados ao uso não são oriundos apenas da relação com a substância, mas da desigualdade, do racismo, da violência, do abandono e da vulnerabilidade social. Dito de outra forma, o dano possui um contexto. É interessante notar como no seu Eixo 5 “Acesso ao cuidado, ao acolhimento e ao tratamento”, o PLANAD defende a articulação com grupos de mútua ajuda: “Apoiar a formalização de grupos de mútua ajuda e fomento às estratégias de reinserção sociofamiliar” (PLANAD, p. 13), comprovando a tese que venho defendendo de que estas abordagens são complexas e podem muitas vezes se misturar, como no exemplo acima colhido ao longo da pesquisa de Mestrado.

Já no que diz respeito aos profissionais que atuam nos CAPS ad, a literatura converge para a percepção de que, embora este possa ser um trabalho extremamente gratificante, sobretudo pela possibilidade de afetar positivamente a vida de outras pessoas, pode também ser bastante estressante e frustrante, sobretudo por conta dos episódios de violência e de não-aderência ao tratamento por parte dos usuários.

É nessa direção que caminha o artigo de Revoredo, Oliveira e Ferro (2025), acentuando a importância de promover a diminuição da exaustão emocional, avaliando e melhorando constantemente as condições de trabalho, reduzindo assim os conflitos que emergem no cotidiano.

Já Clodoaldo, Barbosa e Oliveira (2017), destacam a necessidade de maior investimento em infraestrutura, formação permanente do pessoal e ampliação da equipe de profissionais. Este último ponto foi um dos que mais me chamou atenção no CAPS ad que acompanho. Ao chegar em busca de atendimento, o usuário é atendido por um profissional que acaba se tornando sua “referência”, ou seja, aquele profissional por quem

⁴ PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS 2026-2030. Disponível em: [plano-nacional-politica-sobre-drogas-2026-2030-v2.pdf](https://www.conad.org.br/wp-content/uploads/2024/07/plano-nacional-politica-sobre-drogas-2026-2030-v2.pdf)

ele sempre procura ao chegar ao serviço de saúde. Pois bem, em uma das reuniões de equipe discutiu-se exatamente a grande quantidade de referências que cada profissional precisava atender, chegando alguns a ter mais de quarenta usuários sob sua tutela.

Wandekoken, Dalbello-Araújo e Borges (2017) falam sobre o esgotamento que o excesso de demandas, além do trabalho com pessoas em situação de uso problemático de drogas provocam.

Destaca-se, a partir do efeito esgotamento – que engloba frustração, desgaste e estresse –, o caso dos membros da equipe que dizem não suportar o trabalho na atenção diária (modalidade de atendimento diário baseada em oficinas terapêuticas para os usuários do Capsad que estão em tratamento intensivo). (Wandekoken, Dalbello-Araújo e Borges, 2017, p. 292).

A mesma situação pude observar no CAPS ad que acompanho. Durante a oficina de frustração, como veremos a seguir, o tema do esgotamento com o trabalho foi a tônica dos depoimentos. Aqui, a precariedade com a estrutura proporcionada pelo espaço, além da falta de material humano também fica mais uma vez evidente.

III – Vínculo e acolhimento

Vimos acima como a RD retomou o protagonismo no campo do tratamento às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. A RD, política atravessada por múltiplos campos do saber, trabalha de forma central com as categorias de vínculo e acolhimento, colocando o indivíduo, ao invés das drogas, no centro do debate.

Nesse contexto, ao tratarmos das categorias de vínculo e acolhimento, emerge a questão do cuidado. Annemarie Mol (2008) afirma que, na lógica do cuidado, a relação entre paciente e profissional não é de um cliente com um prestador de serviço, mas de colaboração em torno de um problema compartilhado: como viver bem com essa doença? O médico ou o enfermeiro traz conhecimento técnico, o paciente traz o conhecimento da sua própria vida, corpo e contexto. Nenhum dos dois tem a resposta sozinho.

Num dos grupos de RD que acompanho, a relação entre o redutor de danos, a psicóloga e os pacientes atendidos me parece muito próxima do que Mol define acima. Os pacientes intervêm nas sugestões e propostas encaminhadas pelo redutor de danos e pela psicóloga, propondo estratégias para lidar com o uso de substâncias a partir de um conhecimento do próprio corpo. Foi nesse sentido que presenciei arranjos como “passei a beber apenas após o almoço” ou “substituindo o álcool pela maconha funciona melhor” como estratégias de RD negociadas na relação paciente/profissionais.

Conversando com o redutor de danos, ele me disse que:

O principal pilar da RD é melhorar a qualidade de vida do indivíduo que faz uso de álcool e outras drogas. A gente não foca se ele vai parar, se ele quer continuar, o principal é reduzir os danos provocados naquele sujeito pelo uso abusivo... Que ele consiga, ainda que ele continue usando, que ele consiga fazer isso e ser um cara que funcione socialmente, que ele leve uma vida que uso drogas não interfira (Entrevista com Redutor de Danos, 28/04/2026).

Perguntado sobre as categorias de vínculo e acolhimento, o redutor de danos me respondeu o seguinte:

O acolhimento já começa quando você chega a primeira vez e é bem atendido pelo profissional. Aí você já se sente acolhido. Ali já nasceu o quê? Uma empatia. Essa empatia é que nós podemos classificar como vínculo, ou um caminho pro vínculo. O vínculo nasce ali. Quando esse sujeito vier ele vai dizer que gostaria de falar com fulano. Por quê? Então, você fala com um, fala com outro e tal, você tá criando um vínculo aqui, um sentimento de pertencimento entre o grupo. Isso aí, os grupos de RD se baseiam muito no vínculo. Eles sabem que podem soltar coisas que eles não falam com outras pessoas, porque eles criaram vínculo, confiaram no profissional. (Entrevista com Redutor de Danos, 28/04/2026).

Falando também sobre a questão do acolhimento, o vice-diretor do CAPS ad me disse que no acolhimento “você vai ser a primeira pessoa. O vínculo só é possível a partir de um acolhimento decente. Sim.” (Entrevista com o vice-diretor do CAPS, 23/06/2026).

O vínculo aparece, portanto, como um processo que emerge de uma lógica que opera com o cuidado como seu pressuposto básico. Ainda seguindo Mol (2008), enquanto a lógica da escolha se preocupa com o processo (foi o paciente quem decidiu?), a lógica do cuidado se preocupa com o resultado (o paciente está vivendo bem?). Para Mol, a questão central do cuidado não é "o paciente teve liberdade para escolher?", mas "o que constitui uma boa vida para essa pessoa, vivendo com essa doença, nesse contexto?". E essa pergunta não tem resposta universal nem pode ser respondida individualmente, ela é construída na relação de cuidado, ao longo do tempo. O cuidado pressupõe várias mãos trabalhando juntas em direção a um resultado. Cuidado não é uma transação (produto por dinheiro), mas uma interação na qual a ação vai e volta, num processo contínuo. O processo de cuidado é coletivo e o que caracteriza um bom atendimento é um esforço calmo, persistente, mas indulgente, para melhorar a situação do paciente ou evitar que se deteriore.

O que originalmente se refere ao tratamento de pacientes com diabetes, pode perfeitamente ser transportado para a realidade dos pacientes atendidos pelo programa de RD, onde o cuidado significa qualidade de vida e respeito aos direitos humanos. Cabe notar, no entanto, que este cuidado só é possível a partir do vínculo construído com o paciente desde o momento da sua chegada, no acolhimento.

Conversando com a psicóloga de um dos grupos de RD, ela destacou a importância do PTS (Plano de Tratamento Singular), desenvolvido pela equipe que atua com o paciente, exclusivamente para ele. Este plano leva em consideração os aspectos físicos e psicológicos de cada paciente e suas necessidades. Dessa forma, a participação nas atividades desenvolvidas pelo CAPS é prevista no PTS de cada um.

Eu sempre digo isso. Não adianta a gente, enquanto profissional de saúde, médico, seja lá quem for, querer atender ou acompanhar a doença. O nosso erro é querer acompanhar a doença. A gente precisa acompanhar o ser humano, a pessoa. E eles é que trazem alguma questão deles, que sempre tem a ver, porque vem da vida, né? A vida vai marcando a gente e a gente traz a nossa história. É claro que eu trago sempre algumas questões pra gente refletir junto, pra tentar achar o que fazer pra eles se ajudarem, e aí, às vezes, a gente se frustra. (Entrevista psicóloga. 14/04/2026)

A frustração por não conseguir ajudar a todos foi um dos dados da pesquisa que me chamou atenção ao acompanhar tanto os grupos de redução de danos quanto as reuniões de equipe do CAPS ad e o grupo de WhatsApp. Enquanto espaço de reflexão coletiva e (re)orientação profissional, as reuniões muitas vezes revelaram-se como momentos catárticos. Aqui, a angústia e a frustração aparecem de forma marcante.

IV – Aflição e Frustração: Emoções em campo

Desde a construção do campo das Ciências Sociais, as emoções foram objeto de investigação, ainda que não ocupassem um papel de centralidade. O texto seminal de Mauss “A expressão obrigatória dos sentimentos (Rituais orais funerários australianos)” (1921), já trazia no seu cerne a proposta de pensar de forma explícita as emoções.

No entanto, a Antropologia das Emoções, enquanto campo do saber consolidado, desponta nos anos 1980 (REZENDE e COELHO, 2010). Catherine Lutz, Michelle Rosaldo e Lila Abu-Lughod são algumas das autoras de maior proeminência no período.

Michelle Rosaldo (1984) defende a ideia de que as emoções são pensamentos corporificados, ou seja, que não é possível pensar as emoções apartadas da corporeidade e o seu vínculo aos sistemas de pensamento compartilhados culturalmente.

Posteriormente, inspiradas na concepção foucaultiana de discurso, Lutz e Abu-Lughod passaram a compreender as emoções não como estados internos universais, mas como práticas discursivas e culturais que organizam formas socialmente legítimas de sentir, expressar e interpretar a experiência. Nessa perspectiva, as emoções participam da produção e negociação das relações sociais e de poder no cotidiano, evidenciando as

hierarquias e os modos pelos quais sujeitos e posições sociais são continuamente constituídos (REZENDE & COELHO, 2010).

Foi dessa maneira, entendendo as emoções a partir da noção foucaultiana de discurso, que trabalhei na ocupação Colombo, citada no início deste texto. Ali, a vergonha (SCHEFF, 2000) emergiu como afeto central, ocupando uma dupla função: por um lado, reforçava a cultura da evitação (MILITO & SILVA, 1995) a que eram submetidos os moradores/frequentadores daquele espaço e, por outro, atuava como catalisadora de um sentimento de pertencimento e proteção (LYND, 1958) que conferia ao espaço o *lôcus* privilegiado de observação das relações sociais do grupo pesquisado.

No que tange ao programa de RD, vimos como se trata de um conceito de tratamento e abordagem que não privilegia um aspecto da vida do paciente. A RD, enquanto abordagem terapêutica, procura atuar em todas as áreas da vida do indivíduo, objetivando proporcionar uma melhor qualidade de vida. Nesse contexto, presenciei diversas ações que, para um leigo, não estariam inseridas num programa de saúde, mas que aqui, como dito anteriormente, obedecem a uma “lógica do cuidado” que se propõe o mais abrangente possível. Foi nesse quadro que acompanhei, seja presencialmente ou através das redes sociais do CAPS, ações como: promover e acompanhar os pacientes em passeios pela cidade, atividades esportivas, como jogos de futebol e outros, oficinas de arte, música e artesanato, além de grupos voltados para familiares e diversas outras atividades que, a princípio, não associamos ao sistema de saúde. Na conversa com o vice-diretor do CAPS ad, ele me disse o seguinte:

Na realidade o que você precisa é dar atenção. É cuidado. Na maioria das vezes os usuários chegam aqui precisando única e exclusivamente de atenção. De alguém que o escute realmente. De alguém que esteja ali disponível pra ele. Independente da forma que ele chegue. Se ele chega alcoolizado, se ele chega bom. Se ele chega sem tomar banho há três dias ou não. E ser tratado da mesma forma. Isso constrói vínculo. É você ouvir e dar o retorno sem julgamento. Na verdade, ele está na vida! O CAPS precisa ser um lugar que ele precisa respirar, dar uma pausa e poder pensar. Ué, aqui eu estou vendo possibilidades. Eu estou vendo pessoas que estão me acolhendo. Eu construí vínculo. Eu estou vendo possibilidades. (Entrevista com o vice-diretor do CAPS ad. 23/06/2026)

O contato com o processo de cuidado dos CAPS me remeteu às linhas de Ingold (2019), onde os seres humanos não existem separados do mundo, mas “tecem” suas vidas em interação constante com o ambiente. Viver seria como seguir e produzir linhas, e essas linhas não são apenas trajetórias individuais. Elas são relações continuamente produzidas no encontro com outras pessoas, objetos e lugares. A vida se dá exatamente no entrelaçamento dessas linhas. Aqui, como nos CAPS, o foco está nos percursos das

pessoas. Através do Plano Terapêutico Singular (PTS), os CAPS propõem um acompanhamento situado onde diferentes histórias se entrelaçam e se refazem, o que se aproxima da visão de vida como trajetória em movimento de Ingold. Sem reduzir o cuidado ao objetivo exclusivo da “cura”, a equipe acompanha os percursos possíveis, tornando o cuidado menos disciplinar e mais processual.

Foi nesse quadro que a questão da frustração surgiu. Nas reuniões de equipe realizadas toda semana no CAPS ad, não foi raro alguém mencionar que algum dos pacientes se desorganizou, ou seja, apresentou algum tipo de comportamento que pudesse comprometer o tratamento. Também pude acompanhar alguns sujeitos que apresentavam um comportamento violento, tendo sido impedido de deixar o CAPS certa feita, para não correr risco de sofrer qualquer agressão de um paciente “desorganizado”, que estava do lado de fora tentando forçar sua entrada. Cabe aqui destacar que essa angústia sentida pelos funcionários me pareceu muito associada à noção de compromisso, de vínculo que o próprio profissional desenvolve com aquele trabalho. Numa conversa com uma terapeuta ocupacional e um médico, me foi dito o seguinte:

Isso é a questão do vínculo, né? As pessoas acabam se envolvendo de uma maneira tal que elas vivem aquilo, assim, de uma... Não é só trabalho, entendeu? Não é chegar, bater o ponto, fazer o... Não é isso. Você se envolve, e isso gera sofrimento também, né? No profissional, gera angústia, gera uma certa aflição de você querer fazer, querer ajudar, e, às vezes, não conseguir, e, às vezes, se frustrar. (Terapeuta Ocupacional e Médico. Entrevista em 07.05.2026)

A frustração aqui aparece por “não conseguir ajudar”, ou seja, levar ao paciente o tratamento que o profissional considera adequado.

A reunião de equipe pode ser interpretada como um espaço ritualizado de elaboração emocional. Não apenas um momento técnico de discussão de casos, mas um dispositivo coletivo de manejo da angústia e da frustração. A redução de danos trabalha estruturalmente com a incerteza. Diferente de modelos abstencionistas, ela raramente opera com promessas definitivas de “cura”. Isso produz uma temporalidade emocional muito específica. Aqui, as emoções aparecem nos discursos, mas também aparecem descritas nos corpos tensionados pela angústia de imaginar que não se alcançaram os objetivos desejados. Os “não-ditos” são igualmente reveladores nas reuniões de equipe, inclusive pela supervisora da equipe, que busca sinalizar o tempo todo que, naquele contexto, é inevitável lidar com frustrações. O papel do Estado também aparece:

A questão da drogadição, a questão da população em situação de rua, isso é, vou dizer talvez mais, não é nem ausência, é uma presença ineficaz, né, porque ele tá ali, o Estado tá aí, mas o povo não se coloca, e aí quando a gente trabalha

nesses lugares e a gente se importa, porque realmente eu concordo contigo que a gente se importa, a gente fica ali, a gente também tem que (...) dar conta de ajudar o outro, porque senão a gente também vai ficando frustrado... (Terapeuta Ocupacional e Médico. Entrevista em 07.05.2026)

Nesse contexto, acredito ser interessante trazer para o debate a perspectiva de Bonet (2025), que argumenta em favor de uma Antropologia das Emoções que opere como uma síntese entre as dimensões biológicas, psicológicas e sociais, ou seja:

pensá-las como “conectores” que relacionam as diferentes instâncias que compõem o “humano” e que tecem as malhas dos mundos. Assim, busco pensar a dimensão emotiva a partir da sua dimensão social, corporal e psíquica, sem tentar reduzi-la a uma delas. (BONET, 2025, p. 4)

Então, o que passou a me interessar foi entender como as emoções desses profissionais, em especial esta frustração, sentida e enunciada, emerge justamente da convivência contínua com o inacabado que constitui o seu fazer. A frustração, assim, aparece como emoção estruturante do trabalho em redução de danos, funcionando simultaneamente como sofrimento moral, efeito institucional da precariedade e dispositivo de implicação ética no cuidado. Muitas vezes, a frustração, como atributo moral, é também sinal de “comprometimento” com o trabalho e com a sua prática.

Na oficina sobre frustração, realizada no CAPS ad, num primeiro momento os profissionais foram convidados a ouvir a música Paciência, do cantor Lenine, que diz nos seus versos iniciais: “Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma/Até quando o corpo pede o corpo mais de alma/A vida não para”. Posteriormente, foram instados a produzir um desenho que revelasse como se sentem e como gostariam de se sentir naquele momento. Seguiu-se a exibição dos desenhos e um debate. O psicólogo que dinamizava a oficina fez as seguintes perguntas: como este trabalho adoece? Fale sobre a frustração que sente. Fale sobre a violência que sofre e recebe.

Ao longo da oficina surgiram muitos comentários sobre como os profissionais não têm muito tempo para se olhar. Uma profissional perguntou “como cuidar do outro se eu não tenho tempo pra me olhar, pra me cuidar?”. Outro profissional situou a depressão que alguns profissionais sentem como um projeto político e pergunta: “o que o mundo espera de nós? A violência que nos atravessa é a mesma que atravessa os usuários.”

Outra profissional relata como o processo de precarização das condições de trabalho desgasta os profissionais e os faz questionar a sua prática.

A diretora do CAPS ad fez um discurso emocionado sobre como teve que enfrentar um sério problema de saúde e não teve o tempo adequado de recuperação, tendo que retomar as suas funções de maneira precoce.

Ao apresentarem os desenhos, foi simbólico perceber como a esmagadora maioria dos presentes associou um tempo chuvoso e nublado ao “sentimento negativo” daquele momento e um tempo ensolarado, um “sentimento positivo”, a como gostariam de se sentir. Os casos de violência cotidiana pelos quais passam os profissionais por parte dos usuários, bem como os que sofrem os usuários nas cenas de uso e nas ruas, também apareceram de forma marcante.

No livro “Aflição: Saúde, doença e pobreza”, Veena Das (2023), reflete sobre sofrimento, pobreza, violência e cuidado, partindo do cotidiano de populações vulnerabilizadas, sobretudo em contextos urbanos da Índia. Das propõe que a aflição não é um sofrimento psicológico isolado, mas sim produzido nas relações sociais, na pobreza e nas formas de precariedade da vida cotidiana, na “descida ao ordinário”. Segundo ela, “um bom ponto para começar seja com o reconhecimento aberto da dificuldade de teorizar o tipo de sofrimento ordinário, que não seja dramático o suficiente para chamar a atenção.” (DAS, 2023, p. 20).

Assim, para Das a saúde mental coloca em xeque teorias que entendem a identidade como uma narrativa coerente da própria vida e trabalha com a noção de narrativas fraturadas. A doença não permanece confinada ao corpo, circulando e produzindo efeitos em pessoas, afetos, parentesco e instituições. Dessa forma, ao invés de perguntar “o que é a doença mental?”, Das indaga “o que a doença mental faz com uma vida?”

Essa formulação dialoga diretamente com a lógica dos CAPS, onde o cuidado envolve família, território, equipe multiprofissional, rede de serviços e comunidade. Se o sofrimento não pertence apenas ao usuário, mas atravessa a rede de relações que o cerca, então a equipe também é afetada por essa circulação do sofrimento. A frustração dos profissionais deixa de ser interpretada como uma reação psicológica individual e passa a ser compreendida como um efeito relacional do cuidado.

Enquanto profissionais de saúde, partimos do pressuposto de que boa parte das agruras às quais estes profissionais são submetidos todos os dias seja absolutamente normal e parte de um processo ao qual deveriam estar acostumados e preparados para lidar.

No entanto, ao voltar para o grupo de mensagens do CAPS, leio o seguinte: “Não deixem a pessoa “X” sair, ela está com uma quantia em dinheiro e diz querer ir pro lado da rua com o companheiro”. (mensagem postada no grupo de WhatsApp em 29/05/2026). Lembram da pessoa citada no início deste texto, que me despertou para o fato de que a

frustração era um afeto presente no cotidiano dos profissionais que atuam no atendimento desses espaços? Era a mesma pessoa objeto da mensagem acima, motivo de preocupação, angústia e aflição da profissional que postou a mensagem. Após a mobilização de alguns profissionais, soube que conseguiram retê-la no CAPS, preservando sua integridade física e dinheiro. Fica, no entanto, a reflexão: quem se preocupa com aqueles que cuidam?

V – Considerações Finais

Refletindo sobre a frustração dos profissionais de redução de danos a partir da Antropologia das Emoções, gostaria de pensar o sofrimento não como uma experiência estritamente individual ou psicológica, mas como algo produzido e compartilhado nas tramas do cotidiano institucional e relacional. A angústia e a frustração, que emergem nas reuniões de equipe, nos impasses do cuidado e na convivência contínua com situações de extrema vulnerabilidade, revelam-se como parte constitutiva das práticas de cuidado, atravessando vínculos, afetos e modos de habitar o trabalho em saúde mental. Dessa forma, podemos perceber que o cuidado em contextos de precariedade não se sustenta apenas em protocolos técnicos, mas em pequenas práticas ordinárias de presença, escuta e acompanhamento da vida. Nesse quadro, a redução de danos aparece menos como uma estratégia de controle do uso de drogas e mais como uma ética relacional de sustentação da existência diante da violência, da exclusão e da fragilidade cotidiana. Assim, a frustração como tecnologia moral do cuidado contribui para manter os profissionais implicados eticamente, mesmo diante de limites institucionais.

As dificuldades oriundas da falta de uma ação mais robusta por parte do Estado também são percebidas como potencializadoras de dramas que estão longe de ser individuais, mas fruto de uma política que insiste em privilegiar o proibicionismo em contraste com países que já caminham para uma política menos repressiva e mais empática, entendendo que o foco deve estar sempre na pessoa em vez da substância.

Finalmente, a Antropologia das Emoções nos revela que a angústia e a frustração dos profissionais de redução de danos não podem ser lidas como fragilidade individual. Ela é, antes, o indicativo mais honesto de que o cuidado aconteceu, de que houve vínculo, presença e implicação ética com a vida do outro. Nesse sentido, escutar e acolher a angústia de quem cuida não é um gesto de ordem meramente psicológica, mas uma exigência política e institucional. Uma política pública de saúde que se pretenda verdadeiramente fundada na Redução de Danos precisa, também, reduzir os danos

daqueles que a sustentam cotidianamente com seus corpos, suas frustrações e seu compromisso com um fazer inacabado.

VI – REFERÊNCIAS

BONET, O.; TAVARES, F. O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS, 2007. p. 263-277.

BONET, Octavio. Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina. Rio de Janeiro: 7Letras, 2014.

_____. As emoções como conectoras nas malhas dos mundos. Por uma antropologia das emoções ampliada. *Rev. antropol.* (São Paulo, Online) | v. 68: e225337 USP, 2025.

COELHO, Maria Claudia. As emoções e o trabalho intelectual. *Horizonte Antropológico*, Porto Alegre, ano 25, n. 54, p. 273-297, maio/ago.2019.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICA SOBRE DROGAS E GESTÃO DE ATIVOS. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS 2026-2030. Disponível em: Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) — Ministério da Justiça e Segurança Pública

CLODOALDO, S. D. S., BARBOSA, G. C., & DE OLIVEIRA, M. A. F. (2017). SATISFAÇÃO DOS TRABALHADORES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. *Revista Uningá*, 52(1). <https://doi.org/10.46311/2318-0579.52.eUJ1390>

DAS, Veena. Aflição: saúde, doença, pobreza. São Paulo: Editora Unifesp, 2023.

INGOLD, Tim. Antropologia. Para que serve? Rio de Janeiro: Vozes, 2019.

LATOUR, B. *Jamais Fomos Modernos: ensaio de Antropologia simétrica*. São Paulo. Editora 34, 2019.

LUTZ, Catherine A.; ABU-LUGHOD, Lila (orgs.). *Language and the Politics of Emotion*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

LYND, Helen Merrell. *On shame and search for identity*. New York, Harcourt, Brace & World, Inc. 1958.

MAUSS, Marcel. [1921] 2001. “A expressão obrigatória dos sentimentos (Rituais orais funerários australianos)”. In: MAUSS, Marcel. *Ensaio de Sociologia*. São Paulo, Perspectiva, pp. 325-331.

MESQUITA, Fábio. Redução de Danos. pp.10-18. In: Drogas e 30 anos de Redução de Danos. *Boletim de Estudos da Saúde – BIS*. Volume 21. No.2 – Dezembro de 2020. Portal de revistas da SES – SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

MILITO, Cláudia & SILVA, Hélio R.S. *Vozes do meio fio*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e caracteriza as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na rede SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 816 de 30 de abril de 2002. Institui o Programa Nacional de Ação Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no 1.028, de 1 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html

MOL, Annemarie. *The Logic of care : health and the problem of patient choice*. Routledge, New York, NY, 2008.

PASSOS, E. H. & SOUZA, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162.

PETUCO, Dênis. As Três Ondas da Redução de Danos no Brasil. pp.94-104. In: Drogas e 30 anos de Redução de Danos. *Boletim de Estudos da Saúde – BIS*. Volume 21. No.2 – Dezembro de 2020. Portal de revistas da SES – SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

PROTAZIO, Mairla Machado & ESCOSSIA, Liliana da. Redução de Danos entre a saúde mental e a atenção básica. pp.327-361. In: *A Atenção Integral ao consumo e consumidores de psicoativos: conexões interdisciplinares*. Salvador: EDUFBA:CETAD, 2018.

Revoredo, J. A., Oliveira, A. J. de, & Marquezi Ferro, L. R. (2025). EXAUSTÃO EMOCIONAL: Impacto nos profissionais de saúde. *Psicologia E Saúde Em Debate*, 11(1), 292–309. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V11A1A20>

REZENDE, Claudia Barcellos & COELHO, Maria Claudia. *Antropologia das emoções*. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2010 (versão digital).

ROSALDO, Michelle Z. 1984. Toward an anthropology of self and feeling. In: Shweder, Richard A.; LeVine, Robert A., *Culture theory. Essays on Mind, Self, and Emotion*. Cambridge: Cambridge University Press. pp. 137-157.

SANTOS, Maria Paula & PIRES, Roberto Rocha Coelho. Sentidos da “Redução de Danos” nos CAPS AD do Distrito Federal: entre o “escopo ampliado” e traduções conservadoras. *Revista Teoria e Cultura*. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - UFJF v. 15 n. 2 Julho. 2020 ISSN 2318-101x (on-line) ISSN 1809-5968 (print).

SCHEFF, Thomas J. Shame and the Social Bond: A Sociological Theory. *Sociological Theory*, vol. 18, no. 1, 2000 (1), pp. 84–99. JSTOR, <http://www.jstor.org/stable/223283>. Accessed 31 Jul. 2022.

_____. Shame as the master emotion of everyday life. *Journal of Mundane Behavior*, 1(3), 2000. <https://doi.org/info:doi/>. Acesso em 31/07/2022.

SILVA, Rodolfo Ferreira da. Memória, trauma e identidade :trajetórias na Irmandade de Narcóticos Anônimos. *Revista Sem Aspas*, Araraquara, v. 8, n. 1, p. 74-87, jan./jun.2019. ISSN: 2358-4238.DOI: 10.29373/sas.v8i1.12476.

_____. *Uma Nova Maneira de Viver*: trocas simbólicas e mecanismos de subjetivação na irmandade de Narcóticos Anônimos. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPCIS-UERJ). Defesa em fevereiro de 2020.

_____. *Segue o “fluxo”!* Emoções a partir de uma etnografia numa cena de uso de crack. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPCIS-UERJ). Defesa em maio de 2024.

Wandekoken, Kallen Dettmann, Dalbello-Araujo, Maristela and Borges, Luiz Henrique. Efeitos danosos do processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Saúde em Debate* [online]. 2017, v. 41, n. 112 [Accessed 29 June 2026] , pp. 285-297. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711223>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711223>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION AND UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing*. Geneva: World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime; 2020. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331635>