



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ- REITORIA DE PESQUISA E PÓS- GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

CRISTIANE NASCIMENTO DE AGUIAR RODRIGUES

**A REDUÇÃO DE DANOS NA PROBLEMÁTICA DO ÁLCOOL, CRACK E
OUTRAS DROGAS SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO
A SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

FORTALEZA

2016

CRISTIANE NASCIMENTO DE AGUIAR RODRIGUES

A REDUÇÃO DE DANOS NA PROBLEMÁTICA DO ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS
DROGAS SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE
DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Saúde da Família (RENASF) –Nucleadora Universidade Federal do Ceará (UFC) como requisito para obtenção de título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Alúcio Ferreira de Lima.

FORTALEZA

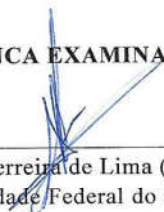
2016

CRISTIANE NASCIMENTO DE AGUIAR RODRIGUES

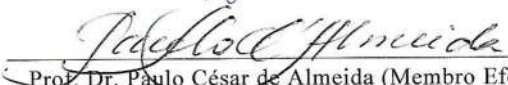
**A REDUÇÃO DE DANOS NA PROBLEMÁTICA DO ÁLCOOL, CRACK E
OUTRAS DROGAS SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE
APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.


BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Alúcio Ferreira de Lima (Presidente/Orientador)
Universidade Federal do Ceará – UFC



Prof. Dr. Paulo César de Almeida (Membro Efetivo)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof.ª Dr.ª Francisca Elisângela Teixeira Lima (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Aprovada em: 31 / 10 / 2016

Fortaleza-CE

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca de Ciências da Saúde

R611r Rodrigues, Cristiane Nascimento de Aguiar.

A redução de danos na problemática do álcool, crack e outras drogas sob a ótica dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família no município de Fortaleza / Cristiane Nascimento de Aguiar Rodrigues. – 2016.

132 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientação: Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima.

1. Drogas. 2. Redução de Danos. 3. Atenção Primária. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Núcleo de Apoio à Saúde da Família I. Título.

CDD 362.10422

Aos meus filhos, Igor Samuel e Imna Isvi,
pelo cuidado e companheirismo durante a
escrita desta obra. Vocês dão cor ao meu
dia!

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus que supre todas as minhas necessidades.

Ao meu esposo, João Júnior pela paciência e dedicação.

Aos meus pais, pela ajuda com as crianças sempre que precisei de tempo para dedicar-me aos estudos;

Aos profissionais do NASF que concordaram em participar da pesquisa. Muito obrigada!

Ao Prof. Dr. Aluísio Lima, meu orientador, por ter me desafiado e despertado a pesquisar um tema tão importante. Obrigada por tudo!

À Profa. Dra. Francisca Elisângela por suas palavras sempre tão positivas e suas dicas valiosas desde o início do curso.

À Profa. Dra. Emília Chaves, sempre atenciosa e disponível em todos os momentos que precisei.

Ao Prof. Dr. Paulo César que abriu as portas de sua casa tantas vezes e nunca mediu esforços para me ajudar, recebendo-me sempre que solicitei. Mora no meu coração. Eternamente grata!

Aos demais professores do mestrado, pela dedicação, apoio e compreensão.

À Suerda, que sempre nos recebeu com um sorriso largo no rosto! Sem palavras para descrevê-la. Sentirei saudades!

À estudante de Psicologia Beatriz Santos, por sua amizade e contribuição.

À amiga Marisa Gomes pelo amor, cuidado e eterno ombro nas horas de cansaço.

Ao casal João Filho e Magna pela amizade e apoio sempre!

Aos amigos do mestrado por todos os momentos inesquecíveis:

Adriana (barulho e encanto); Alyne (a meiguice em pessoa); Aíla (experiência e tranquilidade); Bruno (só alegria); Cristiano (amigo, companheiro, irmão); Danuta (linda e simples); Diego (meu eterno orientador, sempre somando em minha vida); Dirlia (serenidade); Eline (inteligência e objetividade); Emanuella (Ganhei mais que uma amiga! Amor à primeira vista); Fábio (sorriso perfeito); Gessika (Miss simpatia); Gemimma (Pura energia); Joverlândia (Leveza); Lucenir (Poucas palavras e muita sabedoria); Luciana (Cuidadora); Maria Luíza (Paz); Marielle (Vencedora); Risolinda (Resiliência); Verônica (exemplo de enfermeira). Vocês fazem parte desta história! MUITÍSSIMO obrigada!

RESUMO

O uso abusivo de álcool, crack e outras drogas se destaca na sociedade brasileira como um grave problema de Saúde Pública. Neste sentido, é primordial compreender como as drogas se contextualizam na vida dos indivíduos e elaborar, em parceria com eles, uma terapêutica mais adequada. Uma das estratégias possíveis é a Redução de Danos (RD) que defende a ideia da participação da pessoa e sua autonomia em alcançar melhores níveis de saúde. De um modo geral, os profissionais de saúde da Atenção Básica confrontam-se diariamente com as demandas impostas pelo uso de substâncias psicoativas. Diante deste contexto, têm-se como objetivo geral analisar o conhecimento e as práticas de Redução de Danos desenvolvidas pelos profissionais do NASF no Município de Fortaleza- Ceará, acerca da problemática do uso do Álcool, Crack e outras drogas. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, com uma abordagem quantitativa, sendo parte da coleta de dados do projeto Guarda-chuva “Concepções e ações de profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF sobre Saúde Mental, Drogas (crack, álcool e outras drogas) e Redução de Danos na Atenção Primária”. A Pesquisa foi realizada com 19 profissionais do NASF atuantes no Município de Fortaleza-CE, no período de Jul/Dez/2015. Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada para a obtenção dos dados que foram tratados estatisticamente por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, distribuídos em tabelas com análise univariada e bivariada. Os resultados mostraram que embora os profissionais do NASF relatem realizar ações de Saúde Mental e práticas de RD, os conhecimentos sobre esta estratégia apresentam fragilidades e restritas formações acadêmicas. A maioria possui posturas estigmatizantes e ambivalentes desarticuladas da proposta de RD, com influência significativa do modelo tradicional proibicionista, sob a lógica da abstinência. Conclui-se, que há limitações nas atuações destes profissionais quanto às possibilidades de adoção da Proposta, podendo restringir iniciativas mais abrangentes acerca do cuidado aos usuários. Verifica-se, portanto, a importância de mais estudos sobre drogas com foco na Estratégia da Redução de Danos junto aos profissionais que compõem a rede de Atenção Primária.

Palavras-chaves: Drogas. Redução de Danos. Atenção Primária. Estratégia Saúde da Família. Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

ABSTRACT

The abusive use of alcohol, crack and other drugs stands out in Brazilian society as a serious Public Health problem. In this sense, it is essential to understand how drugs are contextualized in the lives of individuals and to develop, in partnership with them, a more appropriate therapy. One of the possible strategies is Harm Reduction (HR) that defends the idea of the person's participation and their autonomy in achieving better levels of health. In general, the health professionals of Primary Care confront themselves daily with the demands imposed by the use of psychoactive substances. In this context, the general objective is to analyze the knowledge and practices of Harm Reduction developed by professionals of the Family Health Support Centers in the Municipality of Fortaleza- Ceará, about the problem of the use of Alcohol, Crack and other drugs. This is an exploratory and descriptive research, with a quantitative approach, being part of the data collection of the umbrella project "Conceptions and actions of professionals of the Family Health Support Centers on Mental Health, Drugs (Crack, alcohol and other drugs) and Reducing Harm in Primary Care." The research was carried out with 19 NASF professionals working in the city of Fortaleza-CE, in the period of Jul / Dec / 2015. A semi-structured interview script was used to obtain the data that were statistically treated using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), distributed in tables with univariate and bivariate analysis. The results showed that although (FHSC) professionals report performing Mental Health actions and Harm Reduction practices, knowledge about this strategy presents weaknesses and restricted academic backgrounds. Most of them have stigmatizing and ambivalent positions disarticulated from the (HR) proposal, with significant influence of the traditional prohibitionist model, under the logic of abstinence. It is concluded that there are limitations in the actions of these professionals regarding the possibilities of adopting the Proposal, being able to restrict more comprehensive initiatives about the care to the users. Therefore, the importance of more drug studies focused on the Harm Reduction Strategy among the professionals that compose the Primary Care network is verified.

Keywords: Drugs. Harm Reduction. Primary attention. Family Health Strategy. Support Center for Family Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 – Mapa de Fortaleza por Regionais.....	45
---	----

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Distribuição dos profissionais do NASF no município de Fortaleza por Secretaria Executiva Regional e categoria profissional.....	46
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais do NASF referentes ao perfil profissional e religião.....	51
Tabela 2 – Distribuição do número de profissionais do NASF segundo o conhecimento da Proposta de Redução de Danos na abordagem ao usuário de Álcool, Crack e outras drogas.....	52
Tabela 3 – Associação das variáveis de convívio dos profissionais com diferentes grupos de usuários de drogas e a adoção da proposta de Redução de Danos.....	52
Tabela 4 – Distribuição dos profissionais acerca da concepção sobre drogas, consumo, estratégias de prevenção, tratamento e dependência frente à problemática das drogas.....	54
Tabela 5 – Associação das variáveis relacionadas às concepções dos profissionais do NASF sobre o uso de álcool e drogas por crianças e adolescentes e a Proposta da Redução de Danos.....	55
Tabela 6 – Associação das variáveis relacionadas às crianças e adolescentes em situação de rua/abandono e a Proposta da Redução de Danos..	56
Tabela 7 – Distribuição das posturas dos profissionais acerca da eficácia das alternativas de redução de consumo de drogas na sociedade.....	57
Tabela 8 – Distribuição dos profissionais sobre a eficácia das formas de tratamento para a dependência de drogas.....	59
Tabela 9 – Distribuição dos profissionais do NASF acerca das principais ações de Saúde mental direcionadas aos usuários de álcool, crack e outras drogas.....	61
Tabela 10 – Distribuição dos profissionais do NASF sobre as possibilidades de execução das diversas práticas de Redução de Danos.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ABORDA	Associação Brasileira de Redutores de Danos
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AL-ANON	Associação de Parentes e Amigos de Alcoólicos Anônimos
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CD	Concepções sobre Drogas
CIRD	Centro Integrado de Referência sobre Drogas
CM	Concepções Morais
CP DROGAS	Coordenadoria Especializada de Políticas sobre Drogas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência de Assistência Especializada Social
CT	Comunidade Terapêutica
DAB	Departamento de Atenção Básica
EAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MDS	Ministério Do Desenvolvimento Social
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica)

MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NA	Narcóticos Anônimos
NAR-ANON	Associação de Parentes e Amigos de Narcóticos Anônimos
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG	Organização Não Governamental
PIC	Práticas Integrativas Comunitárias
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Comunitárias
PRD	Programa de Redução De Danos
PRONASCI	Programa Nacional de Segurança Pública e Cidadania
PSE	Programa de Saúde da Escola
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SMS	Secretaria Municipal De Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Pacote Estatístico para as Ciências Sociais)
SR	Secretarias Regionais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária em Saúde

UDI

Usuários de Drogas Injetáveis

UFC

Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Justificativa	19
2	OBJETIVOS	22
2.1	Objetivo Geral	22
2.2	Objetivos Específicos	22
3	REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1	Contextualizando o uso de álcool, Crack e outras drogas pela população brasileira	23
3.2	Políticas Públicas e programas de relevância para o usuário de substâncias psicoativas	25
3.3	A estratégia de Redução de Danos na Saúde Mental e Atenção Primária	32
3.3.1	<i>Um pouco da História</i>	32
3.3.2	<i>Conceituando a Redução de Danos</i>	34
3.4	As equipes da ESF e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a importância do vínculo para o cuidado integrado	38
4	METODOLOGIA	45
4.1	Tipo de estudo	45
4.2	Cenário do Estudo	45
4.2.1	<i>Rede de Atenção e Cuidados aos usuários de Álcool e Drogas no município de Fortaleza</i>	47
4.3	População e Amostra	47
4.4	Coleta de dados	48
4.5	Análise dos dados	49
4.6	Aspectos éticos	49
5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	51
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
6.1	Perfil profissional	65
6.1.1	<i>A religião e a Redução de Danos</i>	68
6.2	O conhecimento da proposta da Redução de Danos	69
6.3	O convívio dos profissionais com diferentes grupos de usuários de drogas e a adoção da proposta de Redução de Danos	71

6.4	A Redução de Danos e as concepções gerais dos profissionais do NASF frente à problemática das drogas	72
6.5	O uso de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes e a Proposta da Redução de Danos	75
6.6	A eficácia das alternativas de redução do consumo de drogas na sociedade e a proposta da Redução de Danos	77
6.7	A eficácia das formas de tratamento para dependência de drogas e a proposta da Redução de Danos	80
6.8	Limites e potencialidades nas principais ações de Saúde Mental direcionadas aos usuários de Álcool, Crack e outras drogas desenvolvidas pelos profissionais do NASF	82
6.9	Aceitabilidade e possibilidades de execução das diversas práticas de Redução de Danos realizadas pelos profissionais do NASF no município de Fortaleza	83
7	IMPACTO DOS DADOS PARA A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE FAZEM USO DE DROGAS	86
8	POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	87
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
	REFERÊNCIAS	90
	ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	101
	ANEXO B – QUESTÕES UTILIZADAS NA PESQUISA	120
	ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	127
	ANEXO D – PARECER COM APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA...	130

1 INTRODUÇÃO

A abordagem e a discussão sobre o uso de álcool, crack e outras drogas, embora considerado um assunto historicamente antigo, também se configura como um fenômeno inserido em um contexto atual, sendo um tema sensível e de destaque na Saúde Pública. As drogas, sejam estas lícitas ou ilícitas, encontram-se vinculadas às histórias de vida dos indivíduos e suas famílias, seja nas periferias ou nas áreas nobres das cidades.

O fenômeno do uso de drogas está relacionado aos aspectos pessoais e únicos de cada indivíduo, sendo também fortemente estimulado pela grande indústria cultural e pelas complexidades vividas no mundo real (LIMA; GONÇALVES NETO; LIMA, 2011). Todavia, é preciso compreender que são múltiplos os fatores que necessitam ser identificados e analisados quando tratamos das temáticas que envolvem o uso de drogas, pois torna-se necessário que ele seja visto de modo contextualizado, por meio de um olhar que leve em consideração questões de cunho histórico e social de cada indivíduo que, direta ou indiretamente, lidam ou irão lidar com a problemática do uso de drogas. É fundamental, portanto, que as condutas de profissionais que trabalham com essas questões não se baseiem em pressupostos estigmatizantes e preconceituosos que contribuem, ainda mais, para a exclusão social.

No contexto da Atenção Primária, são comuns as circunstâncias em que o uso de drogas ilícitas se faz presente. Não raro, são observadas estas demandas em meio aos diferentes públicos atendidos: seja do idoso durante a consulta de hipertensão e diabetes ao relatar ter seus níveis pressóricos elevados devido ao filho usuário de drogas; a gestante, durante a assistência ao pré-natal que alega não conseguir conduzir sua gravidez tranquilamente devido ao companheiro alcoolista que a expõe às situações de risco; ou ainda, na vida do paciente portador de tuberculose que não adere ao tratamento pelas típicas dificuldades impostas pela dependência. São situações reais e diárias, como essas, que são vivenciadas e confrontadas não apenas por profissionais de saúde, mas também pela sociedade civil como um todo. Embora saibamos da importância dos diálogos e reflexões que deveriam existir acerca dessas situações nos mais diversos espaços, vemos que eles ainda se apresentam de maneira escassa.

A Atenção Primária no Brasil é organizada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) que substitui a atenção básica tradicional, trabalhando na perspectiva da territorialização com ênfase na família e na comunidade, buscando construir uma assistência integralizada e com participação comunitária (COSTA *et al.*, 2013; BRASIL, 2012). Entretanto, muitas famílias que são atendidas no contexto da Atenção Primária pelas equipes da ESF estão situadas em áreas de risco e vulnerabilidade, sendo comumente observado nestes territórios tanto o consumo, quanto o tráfico de drogas. De acordo com o estudo realizado por Paiva, Costa e Ronzani (2012), verificou-se que nestas regiões o contexto de vida das famílias é acentuadamente marcado pela falta de condições mínimas de qualidade: não possuem saneamento básico, espaços recreativos, além de viverem em meio as mais diversas formas de violência. Pelo fato de não terem as condições mínimas, as prioridades são outras, ficando a questão das drogas em um plano secundário.

Apesar destas circunstâncias, sugere-se, que este tema permaneça em constante discussão, corroborando para a execução de ações intervencionistas capazes de combinar diferentes ferramentas e tecnologias, gerando um cuidado articulado, responsável e humanizado. Na busca desta mudança, a homologação da Política Nacional sobre Drogas foi um marco histórico importante. No dia 27 de outubro de 2005, a referida política entrou em vigor inclusive substituindo o prefixo “anti”, outrora utilizado pela Política Nacional Antidrogas, por “sobre” (Política Nacional sobre Drogas). Esta mudança foi fruto de amplas discussões que objetivavam, sobretudo, aprimorar a abordagem sobre o tema (BRASIL, 2005).

Deste modo, o objetivo das estratégias utilizadas no cuidado com os indivíduos que usam drogas deve ser centralizado na busca por melhorar a qualidade de vida deles. Afinal, não existem respostas ou soluções prontas e generalizáveis, cada situação é única. É preciso que transformemos as aparentes derrotas e imperceptíveis conquistas em possibilidades de atuação e intervenção ética comprometida com a vida dessas pessoas. Uma estratégia desenvolvida em muitos serviços é a Redução de Danos (RD). Ela é utilizada como uma metodologia de intervenção e defende a ideia da participação da pessoa, da autonomia dos sujeitos, para que eles possam alcançar melhores níveis de saúde ao traçar o caminho mais adequado para que consigam julgar, de fato, o que pode ser prejudicial, respeitando as particularidades de cada sujeito.

Para Vinadé, Cruz e Barbeito (2014), adotar a Redução de Danos como estratégia se refere à utilização de meios mais interessantes para a reorganização dos sujeitos frente ao uso de drogas. Desta forma, a RD enfatiza práticas que propõem mudanças comportamentais, equilibrando a ideia de que a eliminação das drogas por completo é algo impossível e que as pessoas que fazem uso de drogas possuem o direito de decidir como agir em relação ao seu corpo (CORDEIRO *et al.*, 2014). Contudo, mesmo com o avanço do tema, as propostas ainda se configuram como puramente teóricas. As dificuldades na execução de projetos, assim como a continuidade do cuidado integrado ao usuário de álcool, crack e outras drogas se perpetuam em meio a uma combinação de problemas sociais, políticos, econômicos e culturais.

Estudos apontam que as estratégias mais eficazes para reduzir vulnerabilidades são aquelas que priorizam a prevenção de doenças e a promoção de saúde, entretanto, as experiências na prevenção ao uso de álcool e outras drogas ainda são escassas, mesmo sendo importantes para transformar indicadores de saúde (COSTA *et al.*, 2013; RHEM *et al.*, 2005). Corroborando com esta ideia, Cordeiro *et al.* (2014) afirmam que o modelo biomédico de assistência ainda presente, aliado ao modelo proibicionista em relação as drogas só dificultam a transformação da realidade das populações nos territórios assistidos pela Atenção Básica.

A formação dos profissionais de saúde em relação à atuação com a temática sobre drogas ainda requer melhores treinamentos, aptidão e participação para lidar com o problema, com foco na valorização da prevenção, mais do que nos saberes médicos curativos, conforme apontam vários estudos (CORDEIRO *et al.*, 2014; COSTA *et al.*, 2013; HUGGET *et al.*, 2011). E, em meio a esta combinação de problemas, é que os profissionais de saúde da Atenção Básica, tanto os que compõem a ESF ou os demais envolvidos na rede de Atenção Primária, assim como as equipes que compõem o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) confrontam-se diariamente com as demandas impostas pelo uso de substâncias psicoativas.

Sobre esta afirmativa, Paiva, Costa e Ronzani (2012), em uma de suas pesquisas, assinalam que as demandas mais significativas advindas das equipes de Saúde da Família eram: consultas de um modo geral, aferição de pressão, requisição de medicamentos, curativos, vacinas e realização de grupos de

puericultura, pessoas com Hipertensão, Diabetes e gestantes. A abordagem sobre drogas acontecia por meio da realização de palestras educativas, isto a depender das necessidades levantadas. A equipe do NASF foi citada como fonte de ajuda especialmente sobre a solicitação frequente por parte da comunidade dos profissionais psicólogos e fisioterapeutas.

Sobral e Campos (2012) assinalam em outro estudo que, em meio as várias ações de educação em saúde realizadas em Centros de Saúde, as orientações em geral voltaram-se para as patologias pré-existentes, como nos grupos de hipertensão, diabetes e tabagismo. Havendo um único grupo de saúde mental. As pesquisas denotam uma realidade comum na rotina das equipes e embora sejam comuns a presença e o convívio com pessoas que fazem uso de álcool, crack e outras drogas em meio à população nos territórios, percebe-se ainda um envolvimento tímido dos profissionais com a problemática, tanto na ESF, como no NASF. Seja por preconceito, inexperiência, pouco vínculo e/ou proximidade com a área de atuação, ou ainda pela necessidade em cumprir uma “agenda engessada” no modelo biomédico, essas situações fazem com que esse envolvimento dos profissionais que ocorre de modo ainda muito deficiente se torne ainda mais visível.

Logo, o interesse em pesquisar os profissionais do NASF, um grupo relativamente novo, presente apenas a partir de 2009, em meio às ações promovidas pelas equipes da ESF, permite-nos buscar novos conhecimentos, já que a Redução de Danos é um tema de fronteira entre as diversas profissões. Como fruto de diversas inquietações acerca do tema e por considerar a estratégia da Redução de Danos de fato relevante para conduzir a problemática do uso abusivo de drogas, surgiram as seguintes questões que nortearam o presente estudo: Quais os conhecimentos dos profissionais do NASF sobre a estratégia de Redução de Danos? A Redução de Danos é uma estratégia utilizada pelas equipes do NASF na Atenção Primária no município de Fortaleza? Quais são os fatores influenciadores no processo de uso ou não uso desta estratégia?

Considera-se que o modo de lidar com pessoas que fazem uso de drogas e suas famílias deve ser conduzido sem estigmas e com uma perspectiva preventiva, valorizando a realidade destas pessoas, com foco no ser humano, conhecendo seu modo de vida e estabelecendo vínculos. Desta forma, seria

possível acreditar na existência de uma trajetória mais fortalecida rumo ao objetivo primordial que é promover a saúde.

1.1 Justificativa

Em 2006, por ocasião da inserção na Estratégia em Saúde da Família no município de Fortaleza, foi possível observar desde o início das atividades, situações conflituosas, tanto no âmbito individual, quanto coletivo, decorrentes do modo como temos lidado com o uso abusivo de álcool, crack e outras drogas. A maioria das Unidades de Saúde estava adaptando-se ao novo modelo de atenção, cujas agendas ainda estavam sendo construídas para os diversos atendimentos considerados prioritários. A partir daí, surgiram os primeiros contatos na comunidade que sinalizavam para o contexto do uso e dependência de drogas, assim como o tráfico, fortemente presentes no território em questão.

Na busca por reconhecimento da área, foram iniciadas visitas domiciliares nas microáreas consideradas pela defesa civil com maior risco e vulnerabilidades. Sem exceção, todas as famílias visitadas possuíam alguma relação com o uso problemático com drogas, sendo, portanto, um tema gerador de preocupação, assim como de interesse na ampliação do debate sobre as ações já implementadas e/ou que poderiam ser desenvolvidas nos processos de trabalho dos profissionais. A restrita educação permanente acerca do tema, além da conotação moral negativa sobre o assunto, foi assinalada durante as rodas de equipe, cuja pauta priorizou a problemática das drogas no território.

O estudo realizado por Cordeiro *et al.* (2014) com Agentes Comunitários de Saúde reforça a colocação supracitada, em que os agentes consideravam não ter muitas possibilidades de atuar junto a esta população, revelando inclusive o medo de se expor às pessoas que fazem uso de drogas. Outro estudo realizado por Sobral e Campos (2012) orienta para a necessidade de adequar a formação e a capacitação dos enfermeiros nas ações de promoção à saúde, revelando dados de que muitos atendimentos ainda priorizam as medicações e consultas individuais.

Para a construção de um novo cenário frente aos contextos de uso indevido e abusivo de drogas, é necessário que os profissionais sejam destituídos de preconceitos, com atitudes acolhedoras, multidisciplinares e interdisciplinares,

capazes de incidir de forma positiva sobre as diferentes conjunturas relacionadas às realidades mais complexas.

De acordo com Bellotti (2015, p. 144),

[...] as equipes da ESF ainda estão bastante capturadas pelo instituído, atuando na maioria das vezes presa as regras e aos protocolos. Não sabendo acolher as situações que “fogem da regra”. Atribuímos a dificuldade em acolher a loucura a falta de capacitação em saúde mental e, segundos relatos de alguns profissionais há insuficiência na formação acadêmica deles. Em nosso entendimento, o ficar preso às regras não permite ao trabalhador experimentar a suavidade dos encontros, deixando seus “olhos vendados” para o inusitado.

O reconhecimento de que as condutas pautadas na superficialidade, por falta de conhecimento ou envolvimento diante de um problema de saúde tão complexo, é extremamente prejudicial do ponto de vista preventivo, enfraquecendo a atuação das equipes e as possibilidades de avanço na melhoria da qualidade da atenção. Logo, a inserção das equipes do Núcleo de Apoio da Saúde Família (NASF) na ESF, fomentou algumas possibilidades através do apoio advindo destes profissionais, com contribuições para uma assistência mais qualificada e com acesso a um saber compartilhado e coletivo.

Os NASF foram criados em 2008, através da Portaria GM n° 154 de 24/01/2008, com o objetivo de ampliar as ações já realizadas na Atenção Primária, assim como os processos de territorialização e regionalização. Estes núcleos são constituídos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento e suas principais diretrizes são: interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação popular em saúde, território, integralidade, controle social, Educação Permanente em Saúde, promoção da saúde e humanização. Vale ressaltar que eles não se constituem como portas de entrada do sistema de saúde, mas como apoio na gerência dos cuidados pelas equipes da ESF (BRASIL, 2009).

Todavia, na perspectiva deste apoio e fortalecimento ao trabalho da equipe da ESF e com base nas diretrizes propostas pelo NASF, torna-se mais próximo avançar nas ações de prevenção, tratamento e Redução de Danos na realidade local. De modo a contribuir para uma melhor atuação das equipes da ESF e em particular, do profissional enfermeiro, uma vez que o mesmo é o principal responsável no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e na ESF pelo planejamento, gerenciamento, coordenação e execução dos projetos de intervenção; capacitação de profissionais (Educação Permanente), supervisão e

avaliação das ações da Unidade de Saúde (BRASIL, 2012), esse trabalho teve como preocupação trazer discussões que tenham potencial para promover uma maior aproximação e reflexão dos profissionais que trabalham nesses serviços com a problemática das drogas nos territórios assistidos pela Atenção Primária em Saúde (APS).

Neste sentido, espera-se que a partir desta análise, seja possível que conceitos possam ser revistos e práticas repensadas, de modo que os profissionais de Saúde da Família exerçam seu trabalho junto aos usuários e familiares do modo mais ético possível.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o conhecimento acerca da temática Álcool, Crack e outras drogas e as práticas de Redução de Danos desenvolvidas pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Município de Fortaleza -CE.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil dos profissionais do NASF atuantes no Município de Fortaleza no ano de 2015;
- Identificar o conhecimento e as condutas dos profissionais do NASF frente às pessoas que fazem uso de álcool, crack e outras drogas no contexto da Atenção Primária;
- Descrever as ações de Saúde Mental dos profissionais do NASF relacionando-as à Estratégia da Redução de Danos;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Contextualizando o uso de álcool, Crack e outras drogas pela população brasileira.

No Brasil colonial, com a chegada dos portugueses, descobriu-se um costume antigo realizado pelos índios com a produção de uma bebida fermentada a partir da mandioca, sendo denominada por eles como “cauim”. Ela era utilizada em rituais festivos inerentes à cultura local. Tempos depois, aprenderam a fazer a cachaça, uma vez que para produzir o açúcar através da cana-de-açúcar produzia-se também um melão proveniente do processo de fermentação, sendo este melão posteriormente destilado em alambique de barro e posteriormente, em alambique de cobre. (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2014).

Compreender os aspectos histórico-culturais inerentes à presença das drogas nas mais diversas comunidades e sociedades possibilita ter um posicionamento mais crítico e amplo com relação ao uso de drogas e a construir propostas singulares com vistas à diminuição de problemas físicos, mentais e sociais.

A dependência de álcool e outras drogas não ocorre da noite para o dia. O dependente já foi um usuário inicial e passou por diferentes padrões de uso. Porém, grande parte dos profissionais tem a tendência de se preocupar com o problema somente quando o usuário já é dependente da droga. Esse é um grande erro, principalmente de quem trabalha no nível de Atenção Primária (Estratégia Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde ou outros serviços) e de proteção social (CREAS, CRAS, entre outros), pois estes profissionais tem contato com grande número de pessoas que procuram os serviços por outro problema qualquer, e muitas vezes, esse sintoma já pode estar relacionado com o uso de álcool e outras drogas; perdem a oportunidade de fazer uma intervenção precoce podendo evitar a evolução para dependência. (MICHELI, FORMIGONI; CARNEIRO, 2014, p. 24).

Quando o assunto é debatido dentro da lógica do diálogo, na convivência e participação a partir do contexto de vida das pessoas, é possível suscitar um pensamento crítico naqueles que lidam com a problemática em seu dia a dia de trabalho e que, muitas vezes, não conseguem definir uma postura consciente e adequada porque fundamentam-se em preceitos teóricos sem relacionar às histórias de vida dos indivíduos que estão lidando. Daí a importância de conhecer a vida em comunidade, estabelecer vínculo com as famílias e ser realista sobre as

necessidades em particular, até porque atitudes que visam apenas à proibição não têm contribuído com respostas efetivas até os dias atuais.

De acordo com Galduroz *et al.*, (2005), o II levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil assinala que 22,8% da população pesquisada em 2005, valor correspondente a 10.746.991 de pessoas, já fizeram uso na vida de drogas, exceto tabaco e álcool. O uso de álcool em 2005 foi de 12,3%. A maconha ficou em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, correspondendo a 8,8% dos entrevistados, seguida pelos solventes com 6,1%. Em relação à cocaína, 2,9% declarou ter feito uso na vida. O uso de cocaína sob a forma de crack foi mencionado por 0,7% dos estudantes no Brasil. O uso de benzodiazepínicos foi estimado em 5,6% da amostra, sendo as mulheres mais consumidoras do que os homens.

Em relação ao álcool, por ser uma droga livremente comercializada, seu consumo torna-se provavelmente mais elevado que das demais drogas, contribuindo assim para o aumento nos riscos e danos à saúde de quem faz de forma abusiva, já que também pode causar dependência, embora grande parte dos consumidores não aceitem ou acreditem nesta possibilidade.

Os transtornos de comportamento causados pelo uso abusivo de álcool, além de causar diversos problemas sociais são um dos maiores responsáveis por mortes em associação ao uso de drogas. Estão também relacionados com morbidades por causas externas e com agravos de caráter somático (MORAIS, 2012).

São inúmeras as situações em que as pessoas procuram, por demanda espontânea, as unidades básicas de saúde com quadro de intoxicação aguda ou com problemas ligados ao uso nocivo de álcool. Dessa forma, torna-se indispensável que a equipe saiba reconhecer esse momento como uma oportunidade de iniciar o acompanhamento, a fim de minimizar os danos decorrentes do consumo excessivo de álcool (BRASIL, 2013). Ribeiro (2010) aponta que a sociedade assume uma postura hipócrita em relação ao álcool, pois mesmo mediante a confirmação dos danos provocados por esta droga, dita lícita, seu uso continua amplamente divulgado e permitido.

Os atrativos impostos pela mídia em dissonância com as campanhas educativas limítrofes contribuem para gerar condutas pouco reflexivas sobre o tema, deixando-o como um segundo plano, aparentemente sem importância e sem

associação com outros problemas como: acidentes de trânsito, efeitos prejudiciais a diversas partes do corpo, riscos na gestação e ao recém-nascido, dentre outros.

Sobre o uso do álcool, a literatura aponta ainda que dependendo das características pessoais do usuário e do nível de álcool consumido, pode não haver condições de se realizar uma avaliação mais criteriosa. Alguns pacientes podem se tornar mais violentos e a equipe deverá evitar confrontos que possam levar à quebra de vínculo, daí a importância da ajuda de amigos e familiares nestes casos (BRASIL, 2013).

Acerca das demais drogas, conforme dados da segunda edição da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizada no ano de 2012 a partir de um convênio entre o IBGE e o Ministério da Saúde, drogas consideradas ilícitas como a maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume ou ecstasy já foram usadas por escolares (7,3%). Quanto aos adolescentes, 21,8% relataram já ter sofrido algum episódio de embriaguez na vida (IBGE, 2013).

O melhor modo de enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de drogas, assim, é partir do conhecimento objetivo, abandonando o senso comum e os medos que impedem uma ação focada no cuidado e bem-estar dos sujeitos. Conforme aponta Michelli *et al.* (2014), deve-se evitar imposições ou confrontos, a fim de estabelecer uma relação de empatia, com disposição para uma escuta reflexiva e compreensiva acerca dos problemas, inclusive sobre a dificuldade que o usuário tem em mudar sua conduta.

3.2 Políticas Públicas e programas de relevância para o usuário de substâncias psicoativas

Um dos posicionamentos que se tem sobre as drogas é uma visão, muitas vezes, contemplada pelo próprio serviço de saúde, que vê no uso de drogas uma doença chamada dependência química. Para tal, propõe como tratamento a clínica psiquiátrica, através dos hospitais psiquiátricos que, a cada dia, vem perdendo mais espaço como espaços de cuidado na sociedade. Na busca por mudanças, a Reforma Psiquiátrica trouxe novas perspectivas acerca deste cuidado.

No Brasil, na década de setenta, uma grande reforma da assistência à saúde mental foi reivindicada, com a participação de profissionais de saúde e de

gestores públicos das esferas federais, estaduais e municipais além de pacientes e membros das comunidades. Esta necessidade ocorreu porque as pessoas com transtornos mentais ou com problemas com álcool e outras drogas só recebiam atendimento nos serviços públicos quando internadas em hospitais psiquiátricos (CRUZ; FERREIRA, 2014).

Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica trouxe novos olhares não apenas aos pacientes e aos familiares dos usuários com transtornos mentais, mas também para a população com problemas com álcool e outras drogas, iniciando, portanto, uma compreensão mais detalhada acerca do alto grau de vulnerabilidade a que estas populações estão expostas.

E com o intuito de manter a continuidade à melhoria da qualidade da atenção ao usuário de álcool e outras drogas, a Política Nacional de Saúde Mental, através da Lei Federal nº 10.216 de 2001 garante o direito das pessoas com transtorno mental, incluindo àqueles relacionados ao uso de álcool e drogas (GARCIA *et al.*, 2014; BRASIL, 2001).

Essa Lei propõe um modelo de atenção fazendo uso de múltiplas ferramentas que essencialmente valorizam a participação do sujeito em todo o processo de saúde/doença: proximidade do contexto familiar, cultural, e social do usuário com serviços de saúde através da construção de vínculos pertinentes, desinternando os indivíduos com longas permanências em hospitais psiquiátricos; redução dos leitos psiquiátricos de forma planejada; cuidado ao usuário através de atendimentos dentro da própria comunidade em que vivem (MINOZZO *et al.*, 2014).

Cruz e Ferreira (2014) afirmam que pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas necessitam de projetos terapêuticos diferenciados dos demais usuários, enfatizando ainda que tais problemas não estão relacionados apenas com a origem biológica, mas levando em consideração as questões psicológicas e históricas pessoais de cada um. Do mesmo modo, é preciso que as estratégias de enfrentamento às drogas, seja no Brasil ou no mundo, com políticas públicas comprometidas com a prevenção, o tratamento e a reinserção do indivíduo na sociedade levem em consideração e respeitem as singularidades de cada sujeito.

Diante de todas estas considerações e da necessidade de transformação desta realidade, surgiu com grande destaque a “Política Nacional Sobre Drogas”

que contempla três pontos principais: a integração das políticas públicas, a descentralização das ações e o estreitamento das relações com a sociedade e a comunidade científica, priorizando: prevenção ao uso de drogas; o tratamento, a recuperação e a reinserção social do usuário; a redução dos danos sociais e à saúde causada pelo uso de substâncias; a redução da oferta de drogas; o apoio a estudos, assim como pesquisas e avaliações na área. (BRASIL, 2005).

Em 27 de Setembro de 2006 foi regulamentado através do Decreto nº 5.912, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNASD), com os seguintes objetivos: inclusão social com vistas a diminuição dos comportamentos de risco, uso abusivo e tráfico de drogas; promoção do conhecimento sobre drogas no país; integração e promoção de políticas públicas; prevenção ao uso indevido, atenção, reinserção social de usuários e dependentes de drogas, entre outros (DUARTE; DALBOSCO, 2014; BRASIL, 2006).

Esta política conta também com o “Programa Crack é possível vencer” regulamentado pelo Decreto presidencial nº 7637/2011 alterando o Decreto nº 7179/2010 que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (BRASIL, 2010) buscando intersetorialmente prevenir, tratar e reinserir socialmente os usuários de crack, assim como enfrentar o tráfico em parceria com as três esferas do governo e a sociedade civil (DUARTE; DALBOSCO, 2014; BRASIL, 2011).

Na lógica da Redução de Danos, as ações em relação ao consumo de crack devem buscar a mobilidade social com participação efetiva da sociedade tendo em vista os prejuízos já revelados por esta droga, não apenas pela mídia, mas também pela realidade vivenciada nos territórios de atuação dos profissionais da Atenção Básica.

Como bem aborda Brasil (2013), nos casos dos usuários de crack que vivem em situação de rua, casos complexos que exigem criatividade e disponibilidade da equipe de saúde para a realização do cuidado, eles podem ser orientados a não compartilhar cachimbos, devido ao maior risco de contrair doenças infectocontagiosas ou feridas nos lábios, geralmente queimados e ressecados pelo uso do crack em cachimbos. No caso dos portadores de tuberculose ou AIDS, com baixa adesão ao tratamento medicamentoso, pode ser estimulado o tratamento supervisionado, negociando-se a oferta da alimentação por ocasião da administração da medicação, na própria unidade de saúde

propondo para o final de semana uma rede de apoio que possa assumir esta assistência.

Abdicar da zona de conforto ao tratar situações corriqueiras, “abrir os olhos” diante do improvável e buscar compreender o inaceitável pela maioria sem julgamentos não é tarefa fácil. Logo, o cuidado ao usuário de drogas exige vontade política e pessoal e a capacidade de colocar-se no lugar do outro, “mergulhar no seu mundo” e construir junto a este um conjunto de possibilidades a partir da sua própria realidade.

Outra política de relevância é a “Política Nacional sobre o Álcool”, instituída em maio de 2007, com o objetivo primordial de definir princípios capazes de nortear a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas pautados no consumo do álcool (DUARTE; DALBOSCO, 2014; BRASIL, 2007).

Numa perspectiva mais voltada para o combate à criminalidade, existe o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), com foco no território, sendo apoiado pela ESF, onde principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) colaboram na detecção dos casos de violência, muitas vezes provocados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas (PAGANI *et al.*, 2014).

Por entender como uma prioridade e desafio, o Ministério da Saúde e a Política Nacional de Saúde Mental, ampliaram o cuidado aos usuários de drogas através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que foi instituída através da Portaria n° 3088 em 23 de dezembro de 2011, estabelecendo a criação da 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. A proposta alinha-se com a Lei n° 10.216/2001, porém com atualizações, ampliando inclusive pontos de atenção mais voltados à temática de álcool e drogas e não apenas em relação aos aspectos da “loucura” (CLEMENTE, LAVRADOR; ROMANHOLI, 2015).

Deste modo, reconhece-se através desta Lei, a oportunidade de abordagem e visibilidade que o tema requer, de modo que o cuidado gerido traga impacto positivo na vida dos indivíduos e da sociedade como um todo. Os princípios que norteiam a rede contemplam a noção de território, levando em consideração o sentido mais subjetivo e particular para cada indivíduo, não apenas com relação às áreas geográficas, mas das pessoas, dos locais frequentados por elas,

desenhando o cenário nos quais a vida destas pessoas acontece (CRUZ; FERREIRA, 2014; GARCIA *et al.*, 2014)

Contextualizando o território e atuação dos profissionais envolvidos na ESF, outra Política importante no cuidado ao usuário de drogas e seus familiares, é a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Esta política possui a compreensão de que os modos de viver das pessoas têm forte influência sobre a saúde e a doença. Assim, a família com suas diferentes formas de organização e de se relacionar, seus cuidados e costumes, normas e valores, tem papel primordial na construção social da situação de saúde e de desenvolvimento humano. Essa Política afirma que o restabelecimento ou a manutenção da saúde se dá por meio do cuidado e, cotidianamente, a família é uma das principais provedoras de cuidados (FRANÇA *et al.*, 2014).

Com a intenção de induzir as práticas das equipes de Saúde da Família na atenção a usuários de álcool e outras Drogas, a Política Nacional de Atenção Básica de 2012 introduziu na ficha diária de atendimento da equipe marcadores de atendimento a esta população, assim como um reforço ao programa de saúde na escola de modo que a saúde e a educação pudessem trabalhar juntas com esta temática (CORDEIRO *et al.*, 2014; BRASIL, 2012).

O Programa de Saúde na Escola (PSE), que diz respeito à Promoção de saúde e prevenção, discute a prevenção do álcool e outras drogas, da violência, assim como a promoção da Cultura de paz (BRASIL, 2008). A importância do PSE é de notório significado, especialmente quando se pensa em atingir o público adolescente, que em determinadas situações, pode aproximar-se das drogas por diferentes motivos: crises familiares, personalidade em formação, oscilações e ambivalência de sentimentos, dentre outros aspectos.

Ribeiro (2010) assinala que os adolescentes são aqueles que com maior frequência envolvem-se com drogas, pois facilmente as experimentam, constituindo um grupo de alto risco. A influência da cultura atual, assim como a busca pela realização do rápido bem-estar podem se apresentar, muitas vezes, como caminhos que levam para o uso de drogas. Ressalta ainda a importância da família na formação da personalidade de seus membros, cujo contexto do uso de drogas por parte dos adolescentes se reporta às dificuldades enfrentadas em casa.

Percebe-se, portanto, que há preocupação com o uso indevido de drogas nos mais diversos setores, tornando os profissionais de diferentes áreas não apenas corresponsáveis em facilitar um diálogo, mas também em promover uma maior abertura e discussão em meio à sociedade como um todo.

Corroborando para a importância do PSE, os estudos de Sudbrack e Borges (2014) contribuem ao trazer discussões sobre ações reflexivas e questionadoras acerca do envolvimento com drogas, no âmbito da educação para a saúde, realizada no cotidiano da escola, fazendo parte de um processo educativo e preventivo. Esta prevenção deve ser planejada em conjunto, entre educadores, alunos e comunidade, utilizando-se de diferentes estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco.

Logo, promover ações que permitam aos educandos e educadores pensarem juntos, aliados a outros profissionais que compartilhem do mesmo desejo de mudança e justiça com vistas a uma sociedade melhor, possibilita perspectivas de crescimento e melhores resultados nos indicadores sociais de educação e saúde.

Daí a relevância em valorizar a proposta do Programa Saúde na Escola (PSE) como um espaço reflexivo nos equipamentos sociais comuns aos profissionais de saúde, de educação, assim como a família e a sociedade no todo. Esta parceria (Saúde e Educação) possibilita a construção de propostas mais consistentes para os usuários de drogas e seus familiares e através desta interdisciplinaridade, buscar reduzir os riscos e vulnerabilidades a que estão expostas estas famílias que se encontram sob responsabilidade da ESF.

Outra política relevante para o tratamento deste tema é a Política Nacional de Humanização (PNH), que tem como princípios a indissociabilidade, a transversalidade, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos. Este último busca a corresponsabilidade entre a gestão, os usuários e a participação coletiva nos processos de gestão. Desta forma, amplia-se o modo de ver saúde, saindo da individualidade e construindo um processo coletivo (BRASIL, 2008). Logo, esta política em seus preceitos, com a proposta do “acolhimento” em seu significado mais abrangente, torna-se estrategicamente importante para fortalecer o cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no contexto da atenção primária e na perspectiva da Redução de Danos.

Conforme conceitua Seidl (2014), o acolhimento é um conceito utilizado na área de saúde que significa apreender, compreender e atender as necessidades da pessoa, com atenção e encaminhamento às ações direcionadas para sua resolutividade. Envolve escuta qualificada com estabelecimento de vinculação entre as pessoas que pode ser: profissional de saúde- paciente; professor- aluno; pai- filho. Lembrando que, mesmo quando o uso de substâncias já está ocorrendo, é possível prevenir e atuar atendendo outras demandas também.

Nas consultas de demanda espontânea, comumente há pacientes com situações diretas ou indiretas ligadas ao consumo de drogas e que, muitas vezes, a queixa exposta encobre o motivo real dos sintomas apresentados, não permitindo desta forma que o tratamento seja conduzido adequadamente. Daí a importância de o profissional estar atento e buscar colher informações minuciosas da história do usuário e/ou família. Trajano e Silva (2015, p. 209) concorda ao afirmar que “O cuidado que atravessa a barreira do saber técnico, que não se deixa inibir por ele e devido a isso não recua, contribui para localizar o sofrimento como um dado e não mais totalidade de uma biografia.”

Desta forma, receber estes indivíduos ou famílias com a disposição de cuidar e oferecer o máximo de resolutividade, considerando as singularidades de cada um, torna-se um desafio, em especial, quando se trata das complexidades que envolvem suas rotinas. Neste sentido, a PNH trouxe uma nova abordagem ao atendimento realizado pelos profissionais da ESF, principalmente as demandas de Saúde Mental, reelaborando não necessariamente conceitos, mas novos olhares sobre o outro.

Complementando tais cuidados e considerada também importante neste contexto, tem-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPIC-SUS), que busca em suas estratégias através de mecanismos de enfrentamento naturais aos agravos de saúde, enfatizar uma escuta acolhedora, desenvolver vínculo terapêutico e integração do ser humano com a sociedade. Sendo incentivo, a criação de espaços de inclusão social uma de suas ações (BRASIL, 2006).

Os profissionais que realizam as Práticas Integrativas e Comunitárias (PICs) junto às equipes de Saúde da Família e demais serviços da rede de atenção no cuidado aos usuários de álcool e drogas promovem as ações teóricas e práticas desta Política, disponibilizando ferramentas para a abordagem no cuidado a estes

usuários, pactuando com as equipes de Saúde da Família e especialistas as ações de prevenção e tratamento dos principais agravos da dependência química, colaborando ainda no cuidado aos familiares. Consideram a subjetividade dos usuários e o sofrimento biopsicossocial e acompanham as atividades educativas para o grupo de usuários de álcool e drogas conforme os princípios das PICs. Atuam de forma interdisciplinar no tratamento de usuários de drogas, utilizando da homeopatia, fitoterapia e antroposofia, por exemplo, com vistas a promover o acolhimento, apoio social, bem-estar e a qualidade de vida (PAGANNI *et al.*, 2014)

As PIC com sua proposta holística de cuidado e alternativas diferenciadas de tratamento desafiam, muitas vezes, o processo convencional das condutas tradicionais de cuidado/tratamento realizadas pelos profissionais de saúde frente aos usuários de drogas com possibilidade de respostas favoráveis.

3.3 A estratégia de Redução de Danos na Saúde Mental e Atenção Primária

3.3.1 *Um pouco da História*

Antes do realinhamento da Política sobre Drogas, as ações voltadas para as pessoas que faziam uso de drogas eram planejadas e construídas através de uma perspectiva repressiva, com discursos amedrontadores e que, por sua vez, não surtiam o efeito esperado. O Programa de Redução de Danos como inicialmente chamado, já ocorria na Europa desde meados de 1920, cuja história relata que em Rolleston, um condado no interior da Inglaterra, possuía um espaço que funcionava como um centro de saúde. Os profissionais de saúde ao percorrerem o caminho até este centro passavam por um grupo de pessoas que faziam uso de álcool e drogas injetáveis, mais precisamente a heroína. Tendo em vista a inquietação que este fato provocava nestes técnicos (médicos, enfermeiros) e a dificuldade que enfrentavam em poder ajudar estas pessoas, surgiu a ideia de distribuir tais drogas no centro de saúde em que trabalhavam. Desta forma, o usuário ao buscar a droga no centro de saúde, ganhava a oportunidade de receber vários tipos de cuidados, além de conversar com os profissionais que lá estavam, se assim fosse da vontade dos mesmos. Os resultados desta ação foram tão positivos que Rolleston tornou-se mundialmente conhecido como o berço da Redução de Danos (SIQUEIRA, 2013).

Nos Estados Unidos (EUA), durante o governo Reagan, com o objetivo de reduzir a oferta e o consumo de drogas ilícitas, estabeleceu-se um discurso repressor em meio à população cujo período ficou conhecido como “Guerra às Drogas”, sendo considerada inclusive como uma estratégia política. No entanto, logo percebeu-se que esta política não estava contribuindo eficazmente na vida dos usuários, já que estes eram considerados igualmente em seus padrões de consumo, evidenciando desta forma diversas contradições (VINADÉ, CRUZ; BARBEITO, 2014).

Em 1984, em Amsterdã, na Holanda, surgiu um programa experimental de troca de seringas para Usuários de Drogas injetáveis (UDI). Em 1989, no município de Santos, em São Paulo, iniciou-se um ensaio acerca da implantação do programa de RD que não prosseguiu devido a uma ação judicial proibindo o fornecimento de seringas. Esta ação buscava evitar a contaminação e a disseminação do vírus HIV. De 1993 a 1998, houve vários avanços no contexto da RD, surgindo em 1995, em Salvador, na Bahia, o primeiro programa de RD no Brasil (NIEL; DA SILVEIRA, 2008).

No Brasil, de um modo geral, a Redução de Danos surgiu vinculada à epidemia de AIDS e, inicialmente, teve aspectos sanitaristas. Em relação às abordagens sobre álcool e outras drogas, eram mais relacionadas aos aspectos da justiça que da saúde (REIS; SILVA; ANDRADE, 2010). Finalmente, em 2003, a RD tornou-se uma Estratégia da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (VINADÉ, CRUZ; BARBEITO, 2014; BRASIL, 2004).

Dentre as diversas instituições no país que buscam o fortalecimento da Política de Redução de Danos como política pública, tem-se a Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA). A ABORDA foi criada em 1997 e está presente em vários estados do Brasil, contando com o envolvimento de pessoas que participam tanto de programas do Governo, como de Organizações não governamentais (ONGs), defendendo melhores condições de vida e de trabalho para os redutores de danos, assim como o direito à participação cidadã e demais direitos básicos das pessoas que seguem usando drogas (ABORDA, 2016).

3.3.2 Conceituando a Redução de Danos

A Estratégia da Redução de Danos constitui-se em um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não tem condições de parar de usar drogas ou não querem deixar de usá-las. Seu maior objetivo é a prevenção aos danos, priorizando aqueles que seguem ou continuam suas vidas usando drogas e não a prevenção ao uso de drogas (BARBOSA, 2015).

A estratégia da Redução de Danos ainda gera polêmica, contudo, tem apresentado avanços no cuidado daqueles que usam drogas, pois alcança vários tipos de usuários. Desta forma, ampliam-se as chances de reduzir problemas que não queriam ou não gostariam de ter, não necessariamente ligados ao seu desejo pela droga. Os benefícios trazidos por esta proposta são coerentes e compatíveis com as mais diversas realidades, uma vez que manter a mesma conduta para pessoas com necessidades diferentes, incorre em maiores possibilidades de erro.

A redução de danos, no campo das drogas, são estratégias que buscam reduzir as consequências indesejáveis do consumo de drogas para a saúde e para a vida social das pessoas sem exigir a abstinência de forma indiscriminada para todos. Adota uma atitude mais tolerante diante da sociedade, da justiça, assim como das políticas sociais, tanto no que diz respeito ao consumo, quanto ao acompanhamento destas pessoas nos locais onde residem e/ou consomem drogas. Articula a rede de cuidados (ESF, APS) e os Consultórios na Rua encorajando métodos de uso mais protegido e o autocuidado. Elabora, ainda, estratégias individuais, que pode incluir a redução do uso, a substituição por substâncias menos prejudiciais ou até mesmo a abstinência, valorizando, antes de tudo, a autonomia (VASCONCELOS *et al.*, 2014)

Trazer à tona uma realidade de um mundo com drogas, sem mitos ou tabus, mas com ações propositivas em conformidade com as vivências e experiências desta realidade consiste em articular, do melhor modo possível, os encontros entre usuários, familiares e profissionais, com a participação efetiva de todos na trajetória da assistência. Pois, a estratégia da Redução de Danos “nos permite refletir sobre as relações afetivas que estabelecemos ao longo de nossa vida, incluindo as relações de autonomia, autocontrole e dependência”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 49).

Sabemos que embora não traga um ineditismo para a prática cotidiana dos profissionais de saúde, a utilização continuada desta Estratégia facilitaria a ampliação das possibilidades de diálogo, negociações e ganhos frente ao complexo dia a dia nos relacionamentos dos envolvidos na prática do cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Visto que a RD não é uma estratégia isolada, mas incorpora em suas ações de cotidiano do cuidado, o protagonismo do usuário, cujo serviço deve atuar como fortalecedor da autonomia e de novas atitudes da vida. O vínculo é encarado como estratégia, podendo o próprio usuário procurar o serviço e/ou realizar uma busca ativa no território (BRASIL, 2015).

Conforme aponta Campos *et al.* (2012) as práticas no que concerne à redução de danos para serem de fato eficientes, é necessário que sejam direcionadas com o objetivo de provocar uma mudança cultural e social acerca dos estigmas que as populações vulneráveis carregam, sendo para isso necessário um trabalho de criação de vínculo. E este vínculo com as pessoas que fazem uso de drogas é construído continuamente, sendo, muitas vezes, este caminho trilhado com muitas dificuldades, tanto para o indivíduo, quanto para a sua família, assim como para os profissionais. Entretanto, manter esta persistência é acreditar na possibilidade de resultados satisfatórios e proporcionar novas oportunidades com a participação ativa do indivíduo.

Essa centralidade no sujeito, considerando seus desejos e possibilidades, caracteriza a redução de danos como uma abordagem em saúde menos normalizadora e prescritiva, pois se evita ditar ou impor, a partir da autoridade profissional, quais seriam as escolhas e atitudes adequadas ou não a serem adotadas. Assim, atuar em uma perspectiva de redução de danos na Atenção Básica pressupõe a utilização de tecnologias relacionais centradas no acolhimento empático, no vínculo e na confiança como dispositivos favorecedores da adesão da pessoa (BRASIL, 2013, p. 58).

Criar e manter o vínculo com a população em geral e, em especial, com a população que faz uso de drogas pode demandar tempo e exigirá dos profissionais resiliência e constância em suas ações, tanto nas consultas individuais, como nos atendimentos em grupos realizados nos diferentes equipamentos comunitários.

Inovar condutas já tão arraigadas, como o atendimento tecnicista e o uso de frases feitas sobre a necessidade de mudanças no estilo de vida de uma pessoa é

pertinente e condizente para a abertura de caminhos possíveis de serem bem-sucedidos.

A Redução de danos baseia-se na compreensão de que várias pessoas em diversos lugares do mundo seguem usando drogas apesar dos esforços em prevenir o início ou a continuidade do consumo de drogas (ABORDA, 2016). A proposta da Redução de Danos não sugere responder ou resolver os problemas das drogas, mas favorece ao diálogo e tenta, como o próprio nome diz, minimizar outras situações, que só se agravam através da ditadura imposta pelo silêncio.

Para Siqueira (2013, p.89), “O olhar que a redução de danos nos propõe é que o uso de drogas não é só uma doença, não é só um delito, não é só um pecado, existe um quarto olhar, é o olhar baseado no nosso conceito de cidadania. A cidadania vê como um direito.”

Compreender que o usuário tem direito de usar drogas se assim desejar é uma alternativa polêmica e ainda com restrições pela sociedade que acredita na abstinência como método único ou principal. Desse modo, a proposta de políticas mais integradas e humanizadoras, coerentes ao paradigma dos direitos humanos e que consideram os indivíduos em sua totalidade, valorizando seus direitos e deveres, tem permitido abordagens mais inovadoras quando a situação demanda a atuação em contextos de uso abusivo de drogas. Ao invés da criminalização, tem-se o acolhimento, no lugar da punição, a educação; no contraponto da marginalização, o acesso aos bens socialmente produzidos; em oposição ao preconceito e a discriminação, deve estar a cidadania (OLIVEIRA, 2014).

A Redução de Danos encontra-se conceitualmente próximo da promoção da saúde, pois vê o usuário de álcool como um cidadão, com direito à saúde. Os meios utilizados não estão direcionados para a abstenção, mas para defender a vida, como objetivo de conquistar a autonomia dos usuários e da família através da construção de redes de suporte social e disseminação da informação, educação e aconselhamento. (MANGUEIRA *et al.*, 2015). Apresenta-se como uma possibilidade de escolha em detrimento das alternativas sob o raciocínio exclusivo da abstinência, aumentando as possibilidades do cuidado em saúde para a população de usuários de substâncias psicoativas.

Sobre o uso do crack, Oliveira (2014) assinala que as práticas de RD, subsidiam a oferta de cuidados/tratamentos para todas as pessoas que buscam o serviço de saúde baseados nos princípios de pragmatismo e compreensão da

diversidade, inclusive para aqueles que não querem ou não conseguem interromper o uso do crack.

Embora, não se trate de uma alternativa nova, ainda se encontra limitada nos discursos e práticas profissionais, que, muitas vezes, de forma inconsciente persistem na conduta de impor mudanças nas rotinas dos indivíduos e famílias sob seus cuidados, tornando-os meros coadjuvantes neste processo.

A literatura destaca a importância da análise de problemas como o tráfico de drogas e a violência, além das desigualdades sociais e as circunstâncias em que se dão o consumo. Aborda questões do desafio a ser enfrentado, além da inadequação de iguais propostas para tudo e para todos. Cada região ou grupo possui diferenças e particularidades, exigindo estratégias singulares para cada realidade. Daí a RD ser considerada uma estratégia capaz de adentrar em diferentes “círculos” onde existe o contexto do uso de drogas (VINADÉ, CRUZ e BARBEITO, 2014).

Deduz-se desta forma o quanto se faz necessária a leitura, a vivência e a experiência com o tema Redução de Danos de forma que ganhe mais espaço na fala e na conduta dos profissionais que direta ou indiretamente mantenham contato com usuários de drogas. A importância desta vivência com o tema da RD na Atenção Primária, pelos profissionais da ESF, qualifica a atenção ao usuário de drogas, possibilitando o acompanhamento e tratamento dos casos, assim como evitando encaminhamentos desnecessários.

Este suporte acontece também através de ações de apoio matricial. Este apoio implica em um arranjo técnico-assistencial utilizado pelos usuários da Saúde Mental e da Saúde da Família, cuja visão consiste na ampliação da clínica das equipes da ESF, através do apoio das equipes de Saúde Mental, dando suporte assistencial aos usuários e familiares, além de apoio técnico-pedagógico e educativo para a equipe (MINOZZO, 2014; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial às equipes da ESF pode se efetivar pelos Núcleos de Apoio à saúde da Família (NASF), assim como outras equipes, dependendo da necessidade, gestão local e recursos disponíveis (PAGANI; MINOZZO; QUAGLIA, 2014). Outros serviços estratégicos de Saúde Mental e que também fornecem apoio matricial, inclusive trabalhando na lógica da RD, estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes são de extrema importância para a rede básica e estão organizados em equipes multidisciplinares e complementares

buscando atender as diferentes demandas em saúde mental, mais precisamente assumindo os casos mais graves (CRUZ; FERREIRA, 2014)

Existem diferentes tipos de CAPS, dentre estes, destaca-se o Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas (CAPS-AD), cuja assistência está centrada na atenção comunitária, com ênfase na reabilitação psicossocial dos usuários, não tendo, pelo menos teoricamente, a abstinência como único tratamento, logo, teria maior possibilidade de atingir um maior número de usuários (VINADÉ, CRUZ. BARBEITO, 2014).

A implantação dos CAPS AD pelo Brasil inclui mais que a construção de um espaço para o CAPS, mas a construção de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, capacitando profissionais, com ênfase no cuidado multidisciplinar, promovendo a articulação com os demais profissionais e setores que participam da rede (CRUZ; FERREIRA, 2014).

Ao conhecer e compartilhar a Estratégia da RD, é possível que novos significados e resultados sejam obtidos no trabalho dos profissionais que lidam com as adversidades impostas pelo uso de drogas, já que pode ser aplicada nas mais diferentes circunstâncias, pautando-se no diálogo, priorizando o indivíduo e suas potencialidades.

3.4 As equipes da ESF e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a importância do vínculo para o cuidado integrado

De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088 de 2011, que descreve a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no campo da Saúde Mental, Álcool, Crack e outras Drogas, propõe os seguintes serviços na Atenção Básica: Unidade de Atenção Básica, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório de Rua e Centros de Convivência e Cultura (VASCONCELOS, 2014).

Especificando as ações dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), eles, por sua vez, têm a oportunidade de conhecer bem de perto os usuários que buscam o serviço, tanto na individualidade quanto no coletivo, pois possuem acesso amplo às famílias, suas residências e os espaços comuns existentes no território.

Duarte (2014) corrobora em seus estudos afirmando que é na família que o indivíduo aprende a se relacionar com o mundo, e mesmo quando este aprendizado torna-se comprometido devido ao uso abusivo e/ou a dependência de drogas, a família continua sendo um importante referencial de conduta. “Muitas vezes, é dentro do núcleo familiar dos usuários de álcool e outras drogas que se inicia um processo de reducionismo, estigmatização, marginalização e exclusão, que será posteriormente ampliado pela sociedade.” (PAGANI, MINOZZO; QUAGLIA, 2014, p. 98).

Os estudos de Silva (2014, p.81) complementam o que foi exposto ao afirmarem que um programa de prevenção, com capacidade para envolver a família, deve ter clareza em seus objetivos, devem ser aliados as necessidades da população, com conhecimento dos contextos de vidas nos quais as famílias estão inseridas, além dos seus valores, crenças e normas.

A importância do vínculo permite que os profissionais contextualizem os diferentes motivos que levam o indivíduo a experimentar e/ou fazer uso abusivo de drogas, assim como conhecer as vulnerabilidades em que estes indivíduos ou famílias se encontram, permitindo assim vislumbrar melhores resultados e realizar cuidados mais direcionados no que concerne à esta problemática.

O vínculo pode ser fortalecido através de escuta qualificada, acolhimento, com participação e corresponsabilização da família na construção do projeto terapêutico, valorizando tanto a participação dos usuários, quanto de seus familiares no tratamento (PAGANI, MINOZZO; QUAGLIA, 2014).

A importância do profissional próximo à realidade do indivíduo e sua família, conhecendo o território e as redes de apoio com as quais podem contar, facilita na oferta de cuidados.

Os usuários e familiares que fazem uso da rede de serviços de saúde mental, em especial na abordagem ao uso de álcool, crack e outras drogas, são cidadãos que devem ter todos os direitos respeitados, com uma rede de Saúde Mental que ofereça assistência abrangente de serviços, de base comunitária, e próxima ao local onde a pessoa e/ou seus familiares residem (VASCONCELOS, 2014).

Sobre os tipos de atendimentos realizados pelas equipes da ESF, é essencial salientar que estas equipes trabalham com demandas programadas, com grupos prioritários e demandas espontâneas, atendendo ainda as

intercorrências clínicas. Cada equipe deveria acompanhar no máximo 4.000 habitantes e cada ACS seria responsável por no máximo 750 famílias (BRASIL, 2012).

Conforme aponta Ronzani e Furtado (2014), o profissional de saúde que trabalha em Unidades de Saúde da Atenção Básica, especialmente na Saúde da Família, encontra-se em posição favorável diante dos demais, uma vez que articula o apoio social, trabalha diretamente com a comunidade, conhece a fundo os problemas específicos de cada área, além de possuir respeito e confiança entre os usuários, adquirido por intermédio do tipo de trabalho desenvolvido. Realiza ainda trabalhos diversificados, que vão além das consultas, como grupos e visitas domiciliares, tendo como prioridade a prevenção.

A importância da visibilidade das ações desenvolvidas pelos profissionais é uma meta importante, pois expande as possibilidades de eficácia no cuidado e prevenção ao uso de drogas, devendo impactar um universo mais amplo, indo além do território de atuação.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) de acordo com as ideias propostas pela Reforma Psiquiátrica, de certa forma, aumentou a responsabilidade da família, que foi obrigada a assumir uma participação ativa no processo de cuidado e na reinserção social dos pacientes, entretanto, essa responsabilidade compartilhada da assistência pelas equipes de saúde ainda precisa fornecer aos familiares os recursos adequados (CAMPOS; SOBRAL, 2012).

As equipes são estruturadas com vistas ao estabelecimento de vínculos e, a partir dos problemas e dificuldades encontrados, buscam resgatar e reinstaurar laços familiares e de apoio social por ora inexistentes, construindo-os com os sujeitos de um novo modo, levando em conta a comunidade em que vivem, valorizando potenciais e respeitando as limitações (CRUZ; FERREIRA, 2014).

Não é fácil para os profissionais atuantes na ESF, priorizar os problemas e/ou necessidades manifestadas em seus territórios de atuação pois eles são diversos. No entanto, uma vez selecionados como prioridade, deve-se pactuar a busca por respostas para estes problemas. Minozzo (2014) corrobora em seus estudos:

Integralidade, coordenação do cuidado e articulação intersetorial são aspectos fundamentais para uma atenção efetiva à saúde. No que se refere ao cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, são aspectos importantes, como no caso das situações complexas que se apresentam

para as equipes de saúde da família. Por exemplo, de um usuário de drogas que em dado momento precisa de uma contenção de crise, o que exigirá o apoio de outras equipes, tecnologias, serviços e instituições, com a responsabilização das ESF pela coordenação do cuidado. (MINOZZO, 2014, p.58).

Desse modo, este cuidado coordenado pela ESF é reforçado também pela importância do suporte e/ou apoio externo, caracterizado pela Intersetorialidade necessária para a resolução das diferentes e complexas situações que emergem do universo dos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

Um trabalho realizado sob a lógica de um cuidado não fragmentado abre caminhos para a promoção da saúde, uma vez que cada saber técnico é valorizado e a gestão do cuidado acontece de forma integrada e articulada.

Na atenção básica em saúde, o cuidado deve ser construído através da elaboração de histórias extraídas dos encontros entre unidades, equipes de saúde e usuários. A ESF, em parceria com a Saúde Mental, deve fortalecer os laços entre a porta de entrada no sistema e os usuários, emprestando seus conhecimentos, suas tecnologias de cuidado e sua vinculação com o território (TRAJANO *et al.*, 2015).

E com a finalidade de também promover este suporte, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008 com o objetivo de fortalecer as equipes da ESF. Constituído por profissionais de várias áreas, ficando definidas duas modalidades de NASF: o NASF 1 e o NASF 2.

O NASF 1 é composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior como: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional de educação física, nutricionista, terapeuta ocupacional, médico ginecologista, médico homeopata, médico acupunturista, médico pediatra e médico psiquiatra. Neste caso, poderia se vincular de 8 a 20 equipes da ESF. O NASF 2 é composto por no mínimo três profissionais de nível superior: assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, com vínculo mínimo de 3 equipes (BRASIL, 2009).

Conforme a Portaria nº 3.124, o NASF foi ampliado com mais uma modalidade, o NASF 3, desta vez devendo ser vinculado a no mínimo uma e no máximo duas equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para

populações específicas (consultórios de rua, equipes ribeirinhas e fluviais) (BRASIL, 2012).

As áreas estratégicas que compõem o NASF são nove, sendo elas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação e saúde integral de pessoas idosas no NASF; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem e saúde da mulher; Assistência farmacêutica (PAGANI *et al.*, 2014; BRASIL, 2012).

Através desta diversificação de profissões, acredita-se que seja possível a construção de uma assistência mais elaborada, favorecendo a uma prática com amplas possibilidades e visões de cuidado, não de modo a fragmentar, mas integrar, unir forças e saberes diante da complexidade das situações causadas diante da problemática vivenciada por cada um destes indivíduos. Permite ainda que se discuta através de diversos olhares e posicionamentos os estigmas e preconceitos que permeiam o assunto e que dificultam as práticas de cuidados nos territórios.

O NASF contribui para a melhoria do trabalho das equipes em saúde mental e das demais equipes de saúde, que, junto com a gestão, devem identificar as ferramentas possíveis para qualificar o conhecimento dos profissionais nessa área (MINOZZO *et al.*, 2014).

A **proximidade**, que o território e a população adstrita proporcionam, abre espaço para o efetivo processo de construção de saúde das pessoas e das comunidades. O **trabalho em equipe**, por exemplo, pautado na construção coletiva de diferentes saberes, oxigena as práticas, diminuindo as fronteiras entre os profissionais e, conseqüentemente, entre estes e os usuários. O trabalho em equipe multiprofissional e a diversidade de formações oferecem olhares que se complementam e possibilitam um importante exercício de troca. (VINADÉ, CRUZ; BARBEITO, 2014, p. 99, grifos do autor).

O processo de trabalho das equipes que compõem o NASF acontece através de ações clínicas compartilhadas, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades, propiciando experiência para os profissionais envolvidos. Valoriza-se as consultas e intervenções conjuntas, assim como o estudo de casos e situações e a realização de projeto terapêutico. Realiza-se ainda Intervenções específicas com os usuários e famílias, negociando prioridades com os profissionais da equipe da ESF e/ou EAB de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê em situações necessárias. As ações são

compartilhadas nos territórios desenvolvidos de forma articulada, com planejamento dos projetos de saúde no território, apoio aos grupos e ações junto aos equipamentos públicos (escolas, creches, igrejas, dentre outros) (PAGANI, 2014).

Ao se pensar na Redução de Danos, é importante compreender como se posicionam estes profissionais frente aos usuários de drogas, de forma que dependendo dos resultados, novas estratégias de educação permanente possam ser implementadas.

Para Brasil (2013), mesmo diante de situações complexas, muitas são as ações de Redução de Danos que podem ser desenvolvidas com usuários de álcool e outras drogas na Atenção Básica em Saúde e nos demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial. As visitas domiciliares, por exemplo, seguidas de agendamento de consulta para uma avaliação clínica seriam ferramentas possíveis. Frequentemente, pessoas com problemas com drogas não buscam ajuda, logo, a criação de vínculo deve ser a primeira meta a ser traçada.

A equipe do NASF também assume papel importante nas situações de emergência, uma vez que em casos de paciente com surto psicótico é comum que este se apresente agressivo, necessitando do apoio e o manejo adequado em lidar com tais situações, podendo ser fornecido por profissionais especializados em saúde mental, presentes tanto nas equipes do NASF, CAPS e/ou outros dispositivos (BRASIL, 2013).

Embora não se configurem como porta de entrada, as equipes do NASF se fazem presente nos momentos iniciais e decisórios encontros que receberá o usuário no primeiro nível de atenção, podendo inclusive ter grande resolubilidade nas queixas compartilhadas por estes usuários. A ideia é que o NASF apoie matriciando o trabalho dos profissionais, aumentando a resolutividade e contribuindo desta forma para a melhora da qualidade do cuidado prestado (PAGANI *et al.*, 2014).

Como assinala o Ministério da Saúde (2013), ao aliarmos ESF e NASF, consideramos a responsabilização compartilhada entre estes profissionais e os usuários do serviço de saúde, contribuindo para uma análise mais efetiva do cuidado, tanto clinicamente quanto sanitariamente. A construção de vínculo deve ser prioritária e para existir, necessita anteriormente de uma atenção especial

dada ao usuário, propondo alternativas para possíveis mudanças em uma realidade que se deseja alcançar.

Todavia, os profissionais de saúde devem participar de projetos sociais que promovam a saúde e previnam o uso abusivo de álcool e outras drogas, colaborando para a integração social e o envolvimento de um modo geral das instituições, da família, dos clientes e da comunidade (MANGUEIRA, 2015; SILVA, 2007).

É possível que na prática, empreender ações que tenham impacto coletivo na população de usuários de álcool e outras drogas suscite muitos questionamentos, contudo, através de um trabalho coeso, muitas das propostas já lançadas são passíveis de serem executadas. Um importante requisito é que as equipes funcionem de forma participativa, livre e horizontal, sem hierarquias forçadas e rígidas, sem privilégios de profissões específicas, bem como ofereçam supervisão institucional independente. Estes dispositivos devem ofertar uma discussão aberta dos desafios ético-políticos, dos conflitos institucionais e da subjetividade no trabalho destes serviços (VASCONCELOS, 2014),

As equipes da ESF e NASF conjuntamente com os demais grupos disponíveis podem obter bons resultados mediante ao diagnóstico situacional sobre o uso de drogas nos territórios em que atuam. Logo, esta perspectiva de trabalho sob a lógica da parceria se traduz em maiores possibilidades de sucesso.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de natureza quantitativa. Gil (2008) considera um estudo exploratório quando busca proporcionar uma maior familiaridade com o problema, e descritivo, à medida que descreve as características de determinadas populações ou fenômenos.

Os dados tomados para análise fazem parte do banco de dados levantado pelo projeto Guarda-chuva intitulado “Concepções e ações de profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF de Fortaleza -CE sobre Saúde Mental, Drogas (crack, álcool e outras drogas) e Redução de danos na Atenção Primária”. O projeto supracitado teve como instituição proponente a Universidade Federal do Ceará (UFC) e como identificação do tema e linha temática tem-se a Saúde Mental – avaliação da Saúde Mental na Rede de Saúde no contexto da Reforma Psiquiátrica.

4.2 Cenário do Estudo

O estudo foi realizado na cidade de Fortaleza –CE. Inicialmente o município era dividido em seis Secretarias Regionais(SR), porém, atualmente é dividido em sete Secretarias Regionais (SR), que administram os setores da Saúde, Educação, Infraestrutura, Meio Ambiente e Assistência social.

Figura 1 – Bairros e regionais de Fortaleza



Fonte: FORTALEZA, 2016.

Sobre as Unidades Básicas de Saúde e/ou Unidades de Atenção Primária à Saúde, conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o município conta na atualidade com 100 Unidades distribuídas nas Sete Secretarias Regionais. No que se refere ao NASF, houve uma diminuição considerável destes profissionais após o ano de 2013. Fortaleza contava até 2013 com 25 equipes e hoje, após o início da gestão atual, o município sofreu desinvestimento em diversos setores da saúde, ficando ainda mais precarizada, sendo que o NASF então passou a contar com apenas 10 equipes distribuídas em 21 Unidades de Atenção Primária a Saúde, totalizando 48 profissionais (FORTALEZA, 2016). Não houve, portanto, mudanças no número de funcionários desde o período da coleta, que ocorreu em 2015. O quadro ilustra de forma mais detalhada a distribuição dos profissionais de acordo com as Secretarias Regionais (SR) em que os dados foram coletados e possuíam profissionais do NASF atuantes, totalizando, desta forma seis Secretarias.

Quadro 1 – Distribuição dos profissionais do NASF no município de Fortaleza por Secretaria Executiva Regional e categoria profissional

SR DE LOTAÇÃO	CATEGORIA PROFISSIONAL	N
SR I	ASSISTENTE SOCIAL	05
	FISIOTERAPEUTA	04
	PSICÓLOGO	01
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	03
TOTAL		13
SR II	ASSISTENTE SOCIAL	02
	FISIOTERAPEUTA	06
	PSICÓLOGO	03
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	01
TOTAL		12
SR III	ASSISTENTE SOCIAL	01
	FISIOTERAPEUTA	03
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	01
TOTAL		05
SR IV	ASSISTENTE SOCIAL	02
	FISIOTERAPEUTA	03
	MÉDICA GINECOLOGISTA	01
	MÉDICA PEDIATRA	01
	NUTRICIONISTA	01
	FARMACÉUTICA	01
TOTAL		09
SR V	ASSISTENTE SOCIAL	01
TOTAL		01
SR VI	FISIOTERAPEUTA	06
	PSICÓLOGO	01
	ED. FÍSICO	01
TOTAL		08

Fonte: Adaptado pelo autor de Célula de Atenção Primária a Saúde (CEAPS) / Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (FORTALEZA, 2016).

4.2.1 Rede de Atenção e Cuidados aos usuários de Álcool e Drogas no município de Fortaleza

A Rede de Atenção e Cuidado aos usuários de Álcool e Drogas do Município de Fortaleza compreende além das Unidades de Saúde e Hospitais, outros serviços como: Residências Terapêuticas, Farmácias Polo (Conveniadas e Popular), OCAS, Grupos de Ajuda Mútua como: Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA), Associação de parentes e amigos de alcoólicos (AL-ANON), Associação de parentes e amigos de Narcóticos (NAR-ANON), Serviços especializados para a população em situação de rua, leitos para desintoxicação, Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência de Assistência Especializada Social (CREAS) (FORTALEZA, 2016).

Fortaleza conta ainda com uma Coordenadoria Especial de Política Sobre Drogas (CPDrogas). Dentre as principais atribuições desta Coordenadoria tem-se a articulação, integração e organização das atividades relacionadas à prevenção e ao uso de substâncias psicoativas, atenção aos usuários e seus familiares, assim como a reinserção destes usuários.

4.3 População e Amostra

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais do NASF atuantes no município de Fortaleza- CE.

Sobre a amostra nos estudos quantitativos, Flick (2013, p. 76) aponta:

Há várias exigências para uma amostra. Ela deve ser uma representação minimizada da população em termos de heterogeneidade dos elementos e da representatividade das variáveis e os seus elementos têm de ser definidos. A população deve ser clara e empiricamente definida, ou seja, claramente limitada.

Os critérios de inclusão para a realização do estudo, foi de que os profissionais estivessem vinculados a pelo menos uma equipe de NASF, estivessem presentes durante os horários previamente agendados, permanecessem pelo menos 20h semanais nas Unidades de Saúde e

apresentassem interesse em participar da pesquisa. Foram excluídos da amostra os profissionais que estavam de férias, licença ou serviço/curso externo no período da aplicação da entrevista (10) e aqueles que se recusaram em participar da pesquisa (19). As respostas obtidas acerca dos motivos das recusas foram justificadas pelos profissionais principalmente como: falta de tempo e medo em se comprometer com as respostas, alegando o tipo de vínculo empregatício que se constitui em contrato de trabalho, não caracterizando, portanto, estabilidade destes profissionais.

Ao final, a amostra obteve um total de 19 profissionais que concordaram em participar da pesquisa.

4.4 Coleta de dados

Inicialmente foram agendadas reuniões com os gestores da Secretaria de Saúde e NASF para apresentação da pesquisa e nesta ocasião foram identificadas as Unidades de Saúde de Atenção Primária (UAPS) distribuídas entre as Secretarias Regionais (SR) que possuíam equipes de NASF em suas composições.

A partir da obtenção dos dados referentes às equipes do NASF existentes no município e após a autorização concedida aos colaboradores para a realização da pesquisa, iniciou-se o contato telefônico para as Unidades de Saúde, a fim de realizar o agendamento prévio com os profissionais e em seguida a visita às UAPS para o início da coleta de dados.

A coleta ocorreu durante os meses de Julho a Dezembro de 2015 através de um grupo de colaboradores treinados (estudantes de Psicologia da UFC) na aplicação do instrumento. Cada colaborador recebeu orientações tanto acerca da abordagem aos participantes, quanto dos procedimentos para a realização das entrevistas (face- a face) assim como o esclarecimento de possíveis dúvidas relativas à compreensão das questões.

A fim de que houvesse padronização dos resultados, foi realizado um pré-teste, sendo que tivemos dois representantes das categorias pesquisadas (educador físico, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, médico, farmacêutico e terapeuta ocupacional), a fim de averiguar a confiabilidade do instrumento, conforme referendado por Flick (2013).

Logo no primeiro contato e após as devidas apresentações, foram expostos os objetivos da pesquisa, assim como a solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE).

Utilizou-se de um roteiro de entrevista semiestruturado (não validado) – adaptado de Queiroz (2005), composto por 5 partes: Introdução (I), contendo questões de caráter biopsicodemográficas, concepções morais (CM), conhecimentos sobre drogas (CD), Redução de danos (RD) e as percepções do entrevistador acerca do conteúdo da entrevista (ANEXO A).

Não foi necessário nenhum ajuste no instrumento. Talvez isso deva ter ocorrido por se tratar de um instrumento já utilizado em outra pesquisa da mesma natureza (QUEIROZ, 2005).

4.5 Análise dos dados

Finalizada a coleta, gerou-se um banco de dados no Excel, como ponto de partida para o início do tratamento dos dados. Realizou-se um recorte do instrumento inicial cujas perguntas mais relevantes, foram selecionadas no intuito de responder aos objetivos propostos. (ANEXO B). Os dados foram tratados estatisticamente por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 Licença N° 10101131007.

Optou-se por realizar a técnica da estatística descritiva, pela análise univariada e bivariada, cruzando as variáveis alusivas às concepções e posturas do profissional sobre o uso de drogas (variáveis independentes) e a Estratégia da Redução de Danos (variável dependente). Nesta última, sendo o valor de p obtido pelo teste exato de Fisher.

Deste modo, buscou-se verificar os conhecimentos destes profissionais sobre drogas, sobre RD, assim como a aplicabilidade da RD em suas práticas.

4.6 Aspectos éticos

Foram seguidos todos os cuidados éticos para este tipo de pesquisa conforme as normas presentes na resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS 466/2012. Os participantes antes de responder ao questionário assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, em duas vias, inclusive

autorizando a utilização dos dados para fins de pesquisa e/ou futuras publicações. No Termo constavam todas as explicações necessárias sobre os objetivos da pesquisa, o tipo de participação do indivíduo, os riscos e benefícios, assim como a garantia do sigilo (ANEXO C).

O Projeto contou com a aprovação do Comitê de Ética da UFC sob o Parecer de nº 492.539 (ANEXO D).

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção os dados estão distribuídos tanto sob a forma de tabelas com distribuição simples de percentual e frequência, bem como em tabelas distribuídas com uma análise bivariada, levando em consideração o objetivo proposto.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais do NASF referentes ao perfil profissional e religião. Fortaleza, julho/dezembro de 2015

Variáveis	N	%
Idade		
20-29	07	36,8
30-39	08	42,1
40-49	03	15,7
50 ou mais	01	5,2
Profissão		
Assistente Social	03	15,7
Fisioterapeuta	10	52,6
Psicólogo	03	15,7
Outros	03	15,7
Pós-Graduação		
Saúde da Família	02	10,5
Saúde Coletiva	01	5,2
Saúde Pública	01	5,2
Específicas da Profissão	15	78,9
Religião		
Católicas	19	100

Fonte: Elaborada pela autora.

No que se refere ao perfil profissional, a maioria dos entrevistados encontra-se na faixa etária compreendida entre 30 a 39 anos (42,1%). A categoria profissional em que se obteve o maior número de profissionais foram os fisioterapeutas (52,6%), seguido de igual percentual para os assistentes sociais, psicólogos e outros profissionais (nutricionista, educador físico e farmacêutico) (15,7%). Quanto as pós-graduações, as mais citadas foram aquelas específicas de cada profissão (78,9%) em detrimento de apenas 21,1% de pós-graduações na área de Saúde Coletiva e/ou Saúde da Família. Quanto à religião, dos 19 participantes, 100% declararam-se católicos.

Tabela 2 – Distribuição do número de profissionais do NASF segundo o conhecimento da Proposta de Redução de Danos na abordagem ao usuário de Álcool, Crack e outras drogas. Fortaleza-CE, julho/ dezembro de 2015

	Assistente Social	Educador Físico	Farmacêutico	Fisioterapeuta	Nutricionista	Psicólogo
Nunca ouviu falar da proposta	-	1	-	4	-	-
Ouviu falar, mas não sabe do que se trata	-	-	-	6	1	-
Conhece a proposta	3	-	1	-	-	3

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto ao conhecimento dos profissionais sobre a Proposta de Redução de Danos, verificou-se as seguintes respostas: 26,3% (5) afirmaram nunca ter ouvido falar da proposta de RD; 36,8% (7) confirmaram já ter ouvido falar, porém não sabem do que se trata e 36,8% (7) responderam que conheciam a proposta da RD.

Tabela 3 – Associação das variáveis de convívio dos profissionais com diferentes grupos de usuários de drogas e a adoção da proposta de Redução de Danos. Fortaleza-CE, julho/dezembro de 2015

Variáveis	Adoção da Proposta de RD	
	Sim	Não
Convívio com usuários de álcool		
Fácil	3	2
Difícil	6	5
Não conviveria	1	-
Convívio com usuários de maconha		
Fácil	4	4
Difícil	4	3
Não conviveria	3	-
Convívio com usuários de drogas injetáveis		
Fácil	1	-
Difícil	7	5
Não conviveria	3	1
Convívio com usuários de cocaína		
Fácil	1	-
Difícil	6	4
Não conviveria	2	2
Convívio com usuários de crack		
Fácil	1	-
Difícil	6	4
Não conviveria	2	2

Fonte: Elaborada pela autora.

Os dados da tabela três expõem uma associação entre as variáveis de convívio dos profissionais do NASF com diferentes grupos de usuários de drogas e a adoção da Proposta de RD.

Acerca do convívio com usuários de álcool, observa-se que dos 17 profissionais que responderam à questão, cinco consideraram fácil o convívio com usuários de álcool, e destes, três, adotariam a proposta da RD, sendo que dois não adotariam. O difícil convívio superou, totalizando 11 profissionais. Destes, seis afirmaram que adotariam a proposta e cinco não. Apenas um profissional afirmou que não conseguiria conviver com usuários de álcool.

Sobre o convívio com usuários de maconha, foi verificado que dos 18 participantes que responderam, oito consideraram como sendo fácil o convívio com estes usuários, obtendo a mesma proporção tanto para os que adotariam a proposta de RD em seu cotidiano (4), como os que não adotariam (4); sete consideraram difícil este convívio e destes, quatro, adotariam a proposta de RD e três não adotariam; três participantes afirmaram que não conviveriam com usuários de maconha e conseqüentemente também não adotariam a proposta.

Com relação aos usuários de drogas injetáveis, dentre os que consideraram como sendo fácil o convívio com estes usuários, obteve-se o total de um participante com adoção da proposta; 12 consideraram o convívio difícil e destes, sete afirmaram que adotariam a proposta, ao passo que cinco não; quatro dos participantes afirmaram que não conseguiriam conviver com usuários de drogas injetáveis.

No que diz respeito ao convívio com usuários de cocaína e crack, os valores obtidos foram iguais: um participante considerou a convivência fácil e com possibilidade de adoção; 10 consideraram a convivência difícil, sendo que destes, seis participantes adotariam a proposta em seu cotidiano de trabalho e quatro não; sobre a não convivência, quatro destes participantes não conviveriam com tais usuários, ficando dividido em igual modo, ou seja, dois adotariam a proposta e dois não adotariam.

Tabela 4 – Distribuição dos profissionais acerca da concepção sobre drogas, consumo, estratégias de prevenção, tratamento e dependência frente à problemática das drogas. Fortaleza-CE, julho/dezembro de 2015

Variáveis	N	%
Danos		
Qualquer uso de drogas, seja lícita ou ilícita traz danos aos usuários	13	68,4
É possível usar drogas sem que haja danos físicos ou psicológicos ao usuário	05	26,3
Consumo		
O aumento no combate ao tráfico de drogas diminuirá o consumo	05	26,3
O aumento na prevenção e tratamento diminuirá o consumo	13	68,4
Tratamento/Decisões		
As decisões sobre o tratamento devem ser tomadas pelos estudiosos/profissionais	06	31,6
Os usuários devem participar das decisões e colaborar na construção de projetos	13	68,4
Possibilidade de Dependência		
É possível usar drogas sem tornar-se dependente	06	31,6
Qualquer droga pode levar à dependência	13	68,4
Relação de Dependência		
A dependência está relacionada ao tipo de substância	09	47,4
A dependência está relacionada à pessoa que faz uso	10	52,6

Fonte: Elaborada pela autora.

* Um participante não respondeu aos 2 primeiros itens da tabela.

Sobre a concepção que os profissionais do NASF possuem sobre drogas, 68,4% consideraram que qualquer tipo de droga, seja ela lícita ou ilícita, acarretará problemas para o usuário e 26,3% afirmaram que é possível fazer uso de drogas, sem que isto traga problemas físicos e/ou psicológicos ao usuário.

Ao serem questionados sobre a possibilidade de haver um aumento no combate ao tráfico de drogas e distribuição para que haja uma diminuição do consumo, 26,3% concordaram com esta assertiva e 68,4% afirmaram que deve haver um aumento na prevenção ao uso de drogas e tratamento dos usuários para que haja uma diminuição do consumo.

Acerca das decisões a serem tomadas frente à problemática do uso de drogas, 31,6% dos entrevistados consideraram que as decisões sobre a melhor forma de se trabalhar com o usuário de drogas devem ser tomadas pelas pessoas que trabalham na área; já 68,4% concordaram que os usuários de drogas têm um saber adquirido na prática sobre os problemas que enfrentam e devem colaborar na construção dos projetos e programas de saúde.

Sobre as concepções do profissional em relação à dependência do uso de drogas, 31,6% consideraram que é possível fazer uso de drogas sem tornar-se dependente delas e 68,4% concordaram que qualquer uso de drogas pode levar à dependência; 47,4% afirmou que a dependência está mais relacionada à substância ingerida e 52,6% relacionou a dependência à pessoa que usa a droga.

Tabela 5 – Associação das variáveis relacionadas às concepções dos profissionais do NASF sobre o uso de álcool e drogas por crianças e adolescentes e a Proposta da Redução de Danos. Fortaleza-CE, julho/dezembro de 2015

O uso de álcool/drogas por crianças e adolescentes é culpa dos pais			
Proposta da RD	CONCORDA	NÃO CONCORDA	
CONHECIMENTO DA PROPOSTA*			0,430
Conhece a Proposta	4	3	
Não conhece	5	7	
O QUE PENSA SOBRE A PROPOSTA*			0,586
Concorda com a proposta	5	5	
Não concorda com a proposta	4	5	

Fonte: Elaborada pela autora.

* Valor de P obtido através do Teste exato de Fisher.

Através desses dados realizou-se uma associação entre as variáveis sobre o conhecimento e concordância dos profissionais entrevistados em relação à proposta da RD e o uso de drogas por crianças e adolescentes. Àqueles que informaram não ter conhecimento sobre a proposta de Redução de Danos, realizou-se uma breve explicação sobre o conceito.

A assertiva foi direcionada à culpabilidade ou não dos pais em relação a este contexto, obtendo-se os seguintes resultados após o cruzamento dos dados: dos sete profissionais que afirmavam ter conhecimento da proposta, quatro concordaram que a atribuição da culpa pelo uso de drogas por crianças e adolescentes deve ser dada aos pais e três afirmaram não concordar com esta

assertiva; dos 12 que não conheciam a proposta, cinco concordaram ser culpa dos pais e sete discordaram.

Sobre as concepções acerca da proposta, verificou-se que dos 10 profissionais que afirmavam concordar com a proposta da RD, cinco destes concordaram e cinco discordaram ao afirmar que a culpa é dos pais quando crianças e adolescentes fazem uso de drogas; já entre os nove profissionais que afirmaram não concordar com a proposta, quatro destes são favoráveis acerca da culpabilidade dos pais e cinco afirmaram não concordar com esta possibilidade.

Tabela 6 – Associação das variáveis relacionadas às crianças e adolescentes em situação de rua/abandono e a Proposta da Redução de Danos. Fortaleza-CE, julho/dezembro de 2015

Proposta da RD	Crianças e adolescentes em situação de rua é devido ao uso de drogas		P
	CONCORDA	NÃO CONCORDA	
CONHECIMENTO DA PROPOSTA*			0,378
Conhece a Proposta	3	4	
Não conhece	3	9	
O QUE PENSA SOBRE A PROPOSTA*			0,638
Concorda com a proposta	3	7	
Não concorda com a proposta	3	6	

Fonte: Elaborada pela autora.

* Valor de P obtido através do Teste exato de Fisher

Mantendo a abordagem da temática das drogas entre crianças e adolescentes, buscou-se realizar com os dados da tabela seis, uma associação entre as variáveis sobre o conhecimento e a concordância da proposta da RD e a afirmação de que crianças e adolescentes em situação de rua/abandono se deve ao uso de drogas. Dos sete profissionais que afirmavam conhecer a proposta da RD, três concordaram que crianças em situação de rua/abandono se deve ao uso de drogas e quatro destes profissionais não concordaram; dos 12 que afirmavam não conhecer a proposta, três concordaram sobre a afirmativa e nove discordaram.

Acerca das concepções dos profissionais, dos 10 que afirmavam concordar com a proposta da RD, três destes também concordaram com a assertiva e sete discordaram; dentre os nove que afirmavam não concordar com a proposta, três concordaram sobre a situação de rua/abandono atrelada ao uso de drogas e seis não concordaram com esta possibilidade. Tanto nas Tabelas 5 e Tabela 6, o teste

realizado para a obtenção dos dados foi o Teste exato de Fisher, no entanto, não houve associação entre as variáveis, tendo em vista o valor de $p > 0,05$.

Tabela 7 – Distribuição das percepções dos profissionais acerca da eficácia das alternativas de redução de consumo de drogas na sociedade. Fortaleza-CE, julho/dezembro de 2015

Alternativas de Redução do Consumo de Drogas	N	%
Campanha de Prevenção e Educação (sem imposição ou Terrorismo)		
Muito eficaz	08	42,1
Eficaz	07	36,8
Pouco eficaz	03	15,8
Sem eficácia	01	5,3
Campanhas Antidrogas (Drogas=Ilegalidade)		
Muito eficaz	01	5,3
Eficaz	06	31,6
Pouco eficaz	09	47,4
Sem eficácia	03	15,8
Campanhas que mostram que o uso de drogas colabora para o aumento do tráfico e da violência		
Muito eficaz	05	26,3
Eficaz	10	52,6
Pouco eficaz	02	10,5
Sem eficácia	02	10,5
Ação Policial/Repressão ao Usuário		
Muito eficaz	08	42,1
Eficaz	07	36,8
Pouco eficaz	03	15,8
Sem eficácia	01	5,3
Legalização/Descriminalização		
Muito eficaz	01	5,3
Eficaz	04	21,1
Pouco eficaz	07	36,8
Sem eficácia	07	36,8
Internação Compulsória		
Muito eficaz	01	5,3
Eficaz	05	26,3
Pouco eficaz	11	57,9
Sem eficácia	02	10,5
Projeto de inclusão social do usuário/investimento em esporte, lazer, cultura		
Muito eficaz	13	68,4
Eficaz	04	21,1
Pouco eficaz	02	10,5
Sem eficácia	-	-

Fonte: Elaborada pela autora.

Sobre as campanhas de prevenção e educação acerca dos reais efeitos do uso de drogas e dos problemas decorrentes do abuso, sem a cultura do

proibicionismo e terrorismo, 42,1% consideraram muito eficaz; 36,8% eficaz; 15,8% pouco eficaz e 5,3% sem eficácia.

Em relação as campanhas antidrogas que mostram à população que o uso de drogas é “errado” e ilegal: 5,3% consideraram esta proposta como muito eficaz; 31,6% eficaz; 47,4% consideraram pouco eficaz e 15,8% sem eficácia.

No que diz respeito às campanhas que mostram como o uso de drogas alimenta a rede do tráfico e contribui para o aumento da violência: 26,3% dos entrevistados consideraram esta forma utilizada para tentar reduzir o consumo de drogas em nossa sociedade como muito eficaz; 52,6% eficaz; 10,5% consideraram em igual frequência (pouco eficácia e /ou ineficácia do método).

Sobre a ação policial/repressão ao usuário, 42,1% considerou muito eficaz; 36,8% eficaz, seguido de 15,8% que considerou pouco eficaz e 5,3% sem eficácia.

Os aspectos que concernem à legalização/descriminalização do uso, 5,3% considerou muito eficaz; 21,1% considerou uma alternativa eficaz e, em igual frequência, 36,8% dos entrevistados afirmaram ter pouca e/ou ineficácia esta proposta.

No que se refere às opiniões sobre a internação compulsória, 5,3% dos entrevistados consideraram esta alternativa como muito eficaz; 26,3% como uma alternativa eficaz; 57,9% como pouco eficaz e 10,5% consideraram como sendo um método sem eficácia.

Sobre os projetos que possibilitem a inclusão social do usuário e a construção de projetos a longo prazo/investimento em educação, esporte, lazer, cultura etc., 68,4% consideraram ser uma alternativa muito eficaz; 21,1% eficaz e 10,5% como tendo pouca eficácia.

Tabela 8 – Distribuição dos profissionais sobre a percepção da eficácia das formas de tratamento para a dependência de drogas. Fortaleza-CE, julho/ dezembro de 2015

Formas de tratamento	N	%
Internação em Comunidades Terapêuticas		
Muito eficaz	06	31,6
Eficaz	06	31,6
Pouco eficaz	06	31,6
Sem eficácia	02	5,2
Clínicas Especializadas (Sem internação)		
Muito eficaz	01	5,3
Eficaz	12	63,2
Pouco eficaz	06	31,6
Sem eficácia	-	-
Tratamentos Psicológicos		
Muito eficaz	10	52,6
Eficaz	08	42,1
Pouco eficaz	01	5,3
Sem eficácia	-	-
Grupos de ajuda mútua		
Muito eficaz	10	52,6
Eficaz	07	36,8
Pouco eficaz	02	10,6
Sem eficácia	-	-
Tratamentos Religiosos		
Muito eficaz	02	10,5
Eficaz	07	36,8
Pouco eficaz	08	42,1
Sem eficácia	02	10,6
Tratamento em CAPS ad		
Muito eficaz	05	26,3
Eficaz	10	52,6
Pouco eficaz	04	21,1
Sem eficácia	-	-
Acupuntura/Usos de florais		
Muito eficaz	02	10,5
Eficaz	07	36,8
Pouco eficaz	08	42,1
Sem eficácia	02	10,6

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto à avaliação da eficácia das formas de tratamento para a dependência de drogas, verificou-se que, no que se refere a internação em

Comunidades ou fazendas terapêuticas, as opiniões foram semelhantes para os que consideram que estes métodos são muito eficazes ou apenas eficazes, representando 31,6%. O mesmo percentual, 31,6%, consideraram pouco eficaz, ao passo que 5,3% considerou esta alternativa de tratamento sem eficácia.

No que diz respeito a tratar os usuários de drogas com tratamento em clínicas especializadas, sem internação hospitalar, 5,3% dos entrevistados consideraram como sendo uma alternativa de tratamento muito eficaz; 63,2% consideraram eficaz e 31,6% como uma alternativa pouco eficaz.

Em relação aos tratamentos psicológicos, foram obtidas as seguintes respostas: 52,6% consideraram esta alternativa muito eficaz; 42,1% como eficaz e 5,3% consideraram pouco eficaz.

Sobre a participação dos usuários em grupos de ajuda mútua, 52,6% dos entrevistados consideraram ser esta uma alternativa de tratamento muito eficaz, seguido de 36,8% que consideram eficaz e 10,6% pouco eficaz.

Acerca de tratamentos religiosos, 10,5% dos profissionais do NASF apontaram ser esta alternativa de muita eficácia, 36,8% consideraram eficaz, 42,1% consideraram pouco eficaz e 10,6% consideraram um tratamento sem eficácia.

O tratamento dos usuários em CAPS AD, foram obtidas as seguintes respostas: 26,3% consideraram como um tipo de tratamento muito eficaz, 52,6% como sendo eficaz e 21,1% consideraram pouco eficaz.

No que se refere a outros tratamentos, como acupuntura e o uso de florais, 10,5% apontaram como muito eficazes, 36,8% como eficazes e 42,1% consideraram este tratamento como pouco eficaz. Dentre os que consideraram sem eficácia, obteve-se um percentual de 10,6%.

Tabela 9 – Distribuição dos profissionais do NASF acerca das principais ações de Saúde mental direcionadas aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Fortaleza-CE, julho /dezembro de 2015

Principais Ações de SM	N	%
Identificação e encaminhamento para o CAPS		
Desenvolve	11	57,9
Não desenvolve	07	36,8
NR	01	5,3
Atendimentos a problemas decorrentes do uso/abuso de drogas		
Desenvolve	10	52,6
Não desenvolve	07	36,8
NR	02	10,6
Campanhas de Educação e Prevenção		
Desenvolve	14	73,7
Não desenvolve	06	26,6
NR	-	-
Construção de relação de vínculo com o serviço		
Desenvolve	10	52,6
Não desenvolve	07	36,8
NR	02	10,6
Identificação e encaminhamento para Comunidades Terapêuticas		
Desenvolve	03	15,8
Não desenvolve	15	78,9
NR	01	5,3

Fonte: Elaborada pela autora.

Dentre algumas ações de Saúde Mental que poderiam ser desenvolvidas pelos profissionais do NASF, os resultados obtidos foram os seguintes: Ao se indagar sobre a identificação dos casos e encaminhamentos para tratamento especializado (CAPS), 57,9% dos entrevistados afirmaram desenvolver tal atividade, 36,8% afirmaram não desenvolver e 5,3% dos entrevistados não responderam à pergunta.

Sobre o atendimento dos problemas de saúde decorrentes do uso e abuso de álcool, crack e outras drogas, verificou-se que 52,6% desenvolviam esta atividade em seus atendimentos, 36,8% não desenvolvia e 10,6% não respondeu. Acerca das campanhas de educação e prevenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas, 73,7% dos entrevistados informaram desenvolver tal atividade e 26,3% assinalaram não desenvolver. Sobre a aproximação do usuário e construção de uma relação de confiança com o serviço de saúde, observou-se que 52,6% dos entrevistados afirmaram desenvolver este tipo de relação em seu

ambiente de trabalho, 36,8% afirmaram não desenvolver e 10,6% não responderam. Quanto à identificação dos casos e encaminhamento para tratamento em comunidades terapêuticas, 15,8% dos entrevistados afirmaram que desenvolviam tal atividade, 78,9% afirmaram não desenvolver e 5,3% não responderam.

Tabela 10 – Distribuição dos profissionais do NASF sobre as possibilidades de execução das diversas práticas de Redução de Danos. Fortaleza-CE, julho/dezembro de 2015.

Práticas de RD	N	%
Incentivar a diminuição da frequência e quantidade de uso		
Aceitável/Adotariam	17	89,5
Aceitável/Não adotariam	03	10,5
Não aceitável	-	-
NS	-	-
Definir junto ao usuário local Limpo e seguro para uso		
Aceitável/Adotariam	06	31,6
Aceitável/Não adotariam	05	26,3
Não aceitável	07	36,8
NS	01	5,3
Realizar trocas de cachimbos usados por novos		
Aceitável/Adotariam	04	21,1
Aceitável/Não adotariam	06	31,6
Não aceitável	09	47,4
NS	-	-
Substituir drogas ilegais por legais		
Aceitável/Adotariam	03	15,8
Aceitável/Não adotariam	08	42,1
Não aceitável	06	31,6
NS	02	10,6
Realizar Consultórios de Rua		
Aceitável/Adotariam	11	57,9
Aceitável/Não adotariam	06	31,6
Não aceitável	02	10,5
NS	-	-
Informar procedimentos que reduzam os riscos associados às drogas		
Aceitável/Adotariam	16	84,2
Aceitável/Não adotariam	03	15,8
Não aceitável	-	-
NS	-	-
Orientar sobre o uso controlado e responsável (em situações seguras) de drogas		
Aceitável/Adotariam	12	63,2
Aceitável/Não adotariam	03	15,8
Não aceitável	03	15,8
NS	01	5,2

Fonte: Elaborada pela autora.

A Estratégia da Redução de Danos adota práticas variadas com o objetivo de atender aos diferentes tipos de usuários e suas singulares realidades, logo, ao abordar os profissionais do NASF sobre determinadas práticas que poderiam ou não ser adotadas em suas rotinas de trabalho, foram obtidas as seguintes respostas:

Sobre o incentivo à diminuição da frequência e quantidade de uso, 89,5% consideraram a proposta aceitável e com possibilidade de adoção em seu trabalho e 10,5% consideraram aceitável, porém não adotariam. Quanto à ação de estabelecer junto com o usuário horário definido, local seguro e higienizado (limpo) para o uso de drogas: 31,6% dos entrevistados consideraram aceitável e com possibilidade de adoção, 26,3% consideraram aceitável, mas sem possibilidade de adoção no trabalho, 36,8% não consideraram esta ação aceitável e 5,3% não souberam responder.

Acerca da ação de trocar cachimbos usados por cachimbos novos: 21,1% consideraram aceitável e com possibilidade de adoção em seu trabalho, 31,6% consideraram aceitável, porém não adotariam e 47,4% não consideraram esta ação como aceitável.

Sobre o incentivo à substituição do uso de substâncias ilegais por substâncias legais: 15,8% dos entrevistados consideraram aceitável e com possibilidade de adoção, 42,1% consideraram esta ação aceitável, porém não adotariam, 31,6% não consideraram aceitável e 10,6% não souberam responder. Quanto à realização de consultórios de rua, verificou-se que 57,9% dos entrevistados consideraram aceitável e adotariam esta prática em seu trabalho, 31,6% deles consideraram aceitável, porém não adotariam a referida prática e 10,5% não souberam responder.

No que concerne às informações sobre os procedimentos que reduzem os riscos e os danos associados ao uso, 84,2% consideraram aceitável e possível de executar esta ação e 15,8% consideraram aceitável, contudo sem possibilidade de executar esta ação em seu cotidiano de trabalho.

Quanto à prestação de orientações sobre o uso controlado e responsável da droga, 63,2% consideraram esta prática aceitável e que poderiam adotá-la em seus cotidianos. Essa mesma frequência na resposta ocorreu para os que consideraram aceitáveis, porém sem possibilidade de adoção. Aqueles que não

consideraram aceitáveis totalizou 15,8% e os que não souberam responder representou 5,2% da amostra.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 Perfil profissional

Considerou-se importante caracterizar o perfil dos profissionais do NASF no município de Fortaleza, a fim de conhecer as potencialidades e os limites advindos deste contexto, especialmente no que concerne à assistência aos usuários de Álcool, Crack e outras drogas.

Conforme exposto na Tabela 1 (p. 51) a maioria dos profissionais entrevistados encontra-se em uma faixa etária entre 30 e 39 anos, no entanto, acredita-se que este dado não interfere com impacto significativo para abordagem da temática, que está muito mais relacionada com a compreensão da dimensão do desafio que é para a Saúde Pública do que mesmo com a força laboral e/ou algum possível juízo de valor.

Ainda sobre o perfil, neste cenário, percebeu-se um maior número de profissionais fisioterapeutas. Conforme o panorama nacional das equipes do NASF, mais de 23.00 profissionais compõem estas equipes e estão distribuídos nos diversos municípios brasileiros. As cinco categorias que mais aparecem são fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e profissionais de Educação Física (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA- MS, 2015).

Foram exatamente estas as profissões representadas no estudo, sendo que a categoria predominante foram os fisioterapeutas (10), profissionais que estão enquadrados nas modalidades de NASF 1 e 2, conforme descrito na Introdução desse trabalho. Pagani *et al.* (2014) assinalam que os profissionais que irão fazer parte da composição do NASF são de responsabilidade dos gestores do município vigente, seguindo os critérios de prioridade a partir dos dados epidemiológicos e necessidades locais identificadas e do quantitativo das equipes de saúde da ESF.

De acordo com um estudo realizado no município de Fortaleza sobre as ações desenvolvidas pelos profissionais do NASF, foi apontado como uma dificuldade em relação às atividades da competência destes profissionais na ESF, ou seja, tanto os profissionais quanto os usuários desconheciam o papel do fisioterapeuta na atenção básica, atrelando suas funções a atendimentos a pacientes acamados, com problemas respiratórios ou oriundos de traumas,

associando suas condutas à reabilitação e ao modelo biomédico curativista (MACIEL *et al.*, 2015).

Verificou-se que entre os profissionais entrevistados, a maioria possuía pós-graduação em áreas específicas/exclusivas as suas profissões (78,9%) e uma minoria (21,9%) possuía pós-graduação em Saúde da Família e/ou Saúde Coletiva. Contextualizando com a temática do estudo, dados como estes podem contribuir para acentuar certas lacunas existentes na integralidade do cuidado aos usuários de álcool e drogas nos territórios de atuação das equipes da ESF.

Observa-se que o fato de poucos profissionais terem uma formação/qualificação em Saúde Coletiva, Saúde da Família ou mesmo Saúde Mental, que embora esteja presente atualmente com conteúdos mais abrangentes nas grades curriculares dos mais diversos cursos na área da Saúde, ainda assim, pode dificultar uma postura mais preventiva e menos tecnicista no que diz respeito ao usuário de drogas, assim como propõe a Redução de Danos na Atenção Primária.

Acredita-se que uma formação predominantemente voltada para as práticas específicas de cada profissão minimiza a construção de propostas mais acolhedoras neste campo da saúde. As práticas de Saúde Coletiva norteiam e ampliam a visão dos profissionais sobre diversas áreas do saber, contribuindo holisticamente no encontro dos dois indivíduos: usuário e profissional.

[...] Os trabalhadores e profissionais devem estar devidamente capacitados ao atendimento aos usuários e familiares no campo da saúde mental, álcool, *crack* e outras drogas. Contudo, muitas vezes a formação adequada para esta modalidade de atenção, dentro dos princípios da reforma psiquiátrica, não está disponível na formação universitária destes profissionais. Por esta razão, e também pela necessidade de formação contínua no SUS, a rede de atenção psicossocial deve oferecer dispositivos de educação permanente, nos quais seja possível desenvolver um clima favorável para “aprender a aprender” (VASCONCELOS, 2014, p.103).

A falha na Educação Permanente tão identificada em meio aos serviços de saúde, especialmente no que concerne à Saúde Mental, e conseqüentemente no lidar dos profissionais com usuários de drogas psicoativas revela a necessidade de informação com qualidade na perspectiva de se promover saúde. Entretanto, é importante mencionar a existência de experiências positivas do trabalho em saúde

mental quando se tem uma formação profissional capacitada na área, como acontece no município de São Lourenço do Sul (RS):

Por ser referência na Rede de Saúde Mental, a cidade de São Lourenço desde 2012 recebe residentes na área de saúde mental da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Estudantes de Psicologia, Enfermagem, Serviço Social e Educação física dividem-se nos Caps e atualizam as práticas de saúde mental na cidade, com seu olhar crítico e acadêmico. No primeiro ano da residência, os profissionais escolhem em quais serviços vão atuar, no segundo atuam no apoio matricial e também no Hospital Geral. Se optarem pelo terceiro ano da residência, serão alocados em projetos de gestão e de educação em saúde (OLIVEIRA, 2015, p. 536).

As pessoas que usam álcool e outras drogas necessitam de uma rede de atenção que considere, dentre tantas coisas, a cultura, a família, o trabalho, os aspectos ético-legais, os múltiplos e singulares aspectos das histórias de vida dos usuários, como também a qualificação dos profissionais em suas diferentes formações (médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, dentre outros) (CRUZ; FERREIRA, 2014). As equipes do NASF, juntamente com os profissionais da ESF, podem tecer estas possibilidades em suas redes de interdisciplinaridade, cruzando saberes e convívios, diversificando alternativas e produzindo algumas respostas favoráveis em meio a tantas dificuldades impostas.

A importância de se criar espaços que provoquem a discussão dos casos pertinentes encontrados no cotidiano dos profissionais, construindo uma agenda coletiva para o aprendizado de forma comprometida deve ser incentivada mediante visitas domiciliares e atendimentos compartilhados (PAGANI, 2014).

Os profissionais precisam ter novos conhecimentos que avancem para além do campo das disciplinas acadêmicas da área da saúde, que envolvam as relações familiares com respeito a forma em que vivem, sabendo lidar com as dificuldades, assim como com a operacionalização do trabalho em equipe (FRANÇA *et al.*, 2014). Corroborando com o mesmo pensamento, Pagani *et al.* (2014), contribuem quando afirmam que é na família em que se encontram as diversas alternativas para auxiliar as ações de saúde, porém estas ferramentas, capazes de fortalecer este cuidado, ainda aparecem de forma restrita nos currículos das graduações da área de saúde.

6.1.1 A religião e a Redução de Danos

Em relação à religião, o fato do grupo se configurar como 100% católico, merece a observação nas práticas do cuidado e convívio dos profissionais e usuários de drogas, para que não haja influência (pelo menos não deveria haver), nas decisões e opiniões acerca dos tratamentos ofertados. “A pessoa pode ser católica, umbandista, ateuista, espírita, curandeira, não importa. A ela não deve ser imposta nenhuma hierarquia nessa diversidade, nenhuma exclusão” (BARRETO, 2014, p. 138). Assim como também na adoção de certas práticas de RD, já que as propostas de tratamento cuja religião está fortemente atrelada, como pode ser citado o exemplo das Comunidades Terapêuticas, a prática da abstinência é bem mais utilizada em detrimento da Redução de Danos.

Parar de usar drogas como meta terapêutica se torna uma possibilidade e não a única meta para todos os casos. Esse é o primeiro confronto direto da RD com a abstinência: não se trata de um confronto com a abstinência como *meta possível*, mas da abstinência como *regra absoluta* (SOUZA; CARVALHO, 2015, p. 225, grifos do autor).

É importante destacar o modelo de tratamento adotado pelas Comunidades Terapêuticas no que concerne aos aspectos religiosos, especialmente devido ao forte contexto em que estão inseridas. Embora seja um assunto cercado de muita polêmica, elas também representam uma alternativa ao tratamento de pessoas que tem um uso problemático com drogas, embora os meios utilizados devam ser repensados urgentemente.

Siqueira (2013) afirma que a religião é um dos olhares sobre o uso de drogas, que não vê nem como doença (olhar da saúde) nem como delito (sistema judiciário), mas como um pecado, portanto, o tratamento não é nem a clínica psiquiátrica nem a punição, é a conversão. Entendendo que se o usuário estiver convertido, o problema estará resolvido e conseqüentemente estará curado.

Portanto, fazendo uma analogia e trazendo à tona a perspectiva do cuidado sob a lógica da Redução de Danos, vale salientar que esta não pretende antagonizar os demais tipos de propostas (inclusive religiosas), contudo busca oportunizar um debate inicial mais livre e tanto quanto comprometido junto ao usuário. Não busca ser uma resposta definitiva, mas ampliar as múltiplas

respostas que podem estar bem próximas, porém sem visibilidade tanto por parte deste usuário quanto de seus familiares.

Souza e Carvalho (2015) complementam ao afirmar que

No regime de criminalização e condenação moral dos usuários de drogas, estes, quando convocados a falar, são sempre na condição de culpados e arrependidos, sendo o primeiro passo o reconhecimento da doença e o segundo a busca da cura. São convocados a falar somente na condição de doentes, sejam ex-usuários ou candidatos a ex-usuários. Uma segunda possibilidade seria falar na condição de réu ou criminoso. [...] Mas esta perspectiva, a dos usuários de drogas que vivem a usá-las, nunca pode ser tomado como um discurso politicamente válido. (SOUZA; CARVALHO, 2015, p.218).

Se, para alguns, a religião liberta, para outros, ela aprisiona, e é neste intervalo de ação que a Redução de Danos pode trazer contribuições ainda mais pertinentes, tendo em vista o empoderamento oferecido ao usuário, compartilhado com a equipe de saúde, família e demais dispositivos disponíveis na comunidade.

6.2 O conhecimento da proposta da Redução de danos

De acordo com os dados da Tabela 2 (p. 52), verificou-se que os profissionais ainda possuem conhecimentos limitados sobre a proposta de Redução de Danos, já que somando o número de profissionais que já ouviram falar, porém não sabem do que se trata (7) e aqueles que responderam nunca ter ouvido falar da proposta (5), totalizam um maior número de participantes, chamando atenção inclusive para os profissionais fisioterapeutas, que se encontram como o maior número de participantes da amostra e estão inseridos nas opções supracitadas que denotam a falta ou limítrofe conhecimento da Estratégia da Redução de Danos (10).

Há profissionais da saúde que de fato desconhecem a Estratégia da RD, embora seja uma “palavra-chave” fortemente associada ao universo acadêmico que abrange o tema das drogas.

Sobre estes aspectos, o estudo realizado por Silva *et al.* (2015) assinala:

Em relação à percepção dos ACS sobre a Redução de Danos, observamos que eles associavam à ação de distribuição de seringas realizada pelos Programas de Redução de Danos (PRD) criados ainda na década de 1990, com vistas à diminuição da infecção pelo HIV. Além disso, os ACS também compreendiam a Redução de Danos como uma tarefa atribuída exclusivamente ao Redutor de Danos. Essa percepção fez com que os ACS pensassem que trabalhar com a redução de danos implicaria uma nova tarefa a ser incorporada ao seu trabalho, sobrepondo-se à função do Redutor de Danos (SILVA *et al.*, 2015, p. 192).

Tem-se, ainda, uma pesquisa realizada por Reis, Silva e Andrade (2010) sobre o nível de conhecimento de uma equipe de saúde da família em Redução de Danos, constatando que a maioria dos entrevistados (77, 6%) desconhecia a RD; mais de 65% nunca tiveram contato com profissionais que atuavam como redutores de danos e mais de dois terços não procuravam informações sobre a estratégia.

Contextualizando com essa pesquisa de mestrado, o fato de alguns nunca terem ouvido falar da proposta e/ou estratégia da RD, não necessariamente implica que não realizam algum tipo de ação em que seus pressupostos estejam presentes, todavia, o domínio e o conhecimento de causa em qualquer atividade/prática tende a resultar em um cuidado de maior qualidade.

Logo, diante de um problema grave de saúde pública como é o caso do abuso de drogas na sociedade, estudos como estes corroboram para a necessidade pontual de informações precisas, atuais, com treinamentos periódicos sobre o tema, proporcionando um elo de apoio com as equipes de referência no assunto existentes tanto nas esferas estaduais, quanto municipais.

Embora exista uma vasta literatura sobre a temática das drogas, é possível perceber a lacuna das *práxis*, demonstrada através dos estudos. Não apenas em relação a temas específicos, mas as queixas dos profissionais de um modo geral quanto à Educação Permanente, que também é bastante frequente.

Conforme assinala o boletim de acompanhamento das equipes do NASF, dados recentes apresentados pelo Departamento de Atenção Básica (MS) apontaram: 61,6% afirmaram ter ofertas de educação permanente a todos os profissionais do NASF; 15,8% responderam que as ofertas não são para todos os profissionais das equipes do NASF e 32,6% responderam que não existem ofertas de educação permanente. (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA- MS, 2015).

Tendo em vista a importância destes profissionais para a construção e elaboração de projetos que apoiem e busquem a melhoria do modelo de atenção da Estratégia de Saúde da Família, torna-se fundamental esta discussão, a fim de que haja um fortalecimento na prática das ações que permeiam a Política de Atenção integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, assim como um aprofundamento no conhecimento da estratégia da Redução de Danos, de modo que possa ser de fato aplicada junto aos indivíduos e famílias identificadas nos territórios cujas drogas estão presentes com prejuízos físicos, psicológicos e/ou sociais.

6.3 O convívio dos profissionais com diferentes grupos de usuários de drogas e a adoção da proposta de Redução de Danos

Ao abordar a convivência com diferentes grupos de usuários de drogas, percebeu-se que o quesito de “difícil convívio” predominou praticamente em todos os grupos, seguido do quesito “não conviveria”, conforme apontam os dados da Tabela 3 (p. 52). O cruzamento realizado com os dados no que concerne à adoção da RD em suas práticas, embora com o conhecimento limitado descrito na tabela anterior sobre a Estratégia da Redução de Danos (p.52), a maioria dos profissionais, independente do convívio, adotaria a proposta da RD.

É importante ressaltar que conduzir situações que emergem dos territórios envolvendo a problemática do álcool e outras drogas e, com isso, a possibilidade de adoção da Estratégia da Redução de Danos, torna-se necessário para que o profissional se sinta capaz de conviver e manejar as diversas circunstâncias oriundas deste contexto. Se houver barreiras estigmatizantes ou preconceituosas, limitando a atuação do profissional neste desafio, pouco sucesso será alcançado.

Siqueira (2013) pontua que as pessoas, no geral, não querem ter preconceito, porém, é preciso reconhecer o conceito que organiza este preconceito. Há necessidade na mudança de mentalidade das pessoas sobre a cosmovisão ilusória de que o mundo é algo conforme a imaginação que se tem dele. Deve-se restabelecer o exercício da democracia, entendendo a diversidade do mundo, contribuindo desta forma para lidar melhor com os grupos intitulados de alta vulnerabilidade.

Andrade, Espinheira e Ronzani (2014) corroboram em seus estudos assinalando que a mudança de postura do profissional frente à questão favorecerá ao usuário que poderá receber uma abordagem mais adequada e realista de seu problema e o profissional que se beneficiará de conhecimentos técnicos bem fundamentados de abordagens mais apropriadas, bem como de resultados mais satisfatórios de seu trabalho.

Logo, uma frequência maior nos quesitos que implicam na difícil convivência e/ou não convivência dos profissionais do NASF para com estes grupos apontam para possíveis limitações de suas ações no dia a dia. Daí a importância do debate permanente da temática, com o foco na RD, uma vez que o NASF foi criado com a proposta também de preencher lacunas de dificuldade em diversas áreas de atuação das equipes da ESF. No entanto, percebe-se que mesmo em meio à multidisciplinaridade existente e os diversos olhares, atuar junto aos usuários de drogas continua sendo um entrave para muitos, como bem expõem os autores.

[...] o transtorno mental severo e o uso disfuncional de drogas são fenômenos complexos e implicam em contato direto com pessoas com fragilidades e dificuldades especiais. Eles certamente requerem muitas vezes mais dedicação e trabalho por parte dos profissionais e dos serviços sociais em geral, do que com seus usuários convencionais [...] Na maioria dos casos, os profissionais destas outras áreas não foram devidamente capacitados para trabalhar com este público. Quando isto ocorre, a primeira tendência é deles também reproduzirem o estigma e a discriminação difusos na sociedade em geral (VASCONCELOS, 2014, p.189).

A necessidade de continuar conquistando, dia a dia, mais espaço para que estas discussões aconteçam e agilizem o avanço da consolidação de uma prática capaz de enfrentar a marginalização, os estigmas e os estereótipos aos quais os usuários de drogas enfrentam, torna-se emergente.

6.4 A Redução de Danos e as concepções gerais dos profissionais do NASF frente à problemática das drogas.

Sobre os danos advindos do uso de drogas, verifica-se, por meio da Tabela 4 (p.54) que os profissionais do NASF concordam, em sua maioria, que o uso de qualquer tipo de droga independente da aceitação ou não desta droga pela

sociedade poderá prejudicar o indivíduo que dela faz uso. Realizando uma analogia com a proposta trazida pela Estratégia da Redução de Danos, observam-se opiniões divergentes. De acordo com Souza e Carvalho (2015, p. 217),

Este tipo de relação com as drogas deveria ficar invisível pelas tecnologias de poder que querem, a todo custo, associar o uso de drogas a desejo de morte, descuido, criminalidade e doença [...] tecnologias estas agenciadas pela lógica do uso da abstinência, para o qual o uso de drogas e o cuidado de si são atitudes incompatíveis. O que a Redução de danos trouxe a contrapelo deste paradigma foi a dimensão singular da experiência do uso de drogas, evidenciando usuários que continuavam desejar a usá-las. Ao possibilitar que os usuários falassem em nome próprio, a Redução de danos também tornava legítima esta experiência.

As drogas existem na sociedade desde a antiguidade e seu consumo controlado ou não também data de tempos antigos. Aproximar-se das questões que permeiam seu uso é também aproximar-se do indivíduo, estabelecendo vínculo com este e se apropriando do significado das drogas (lícitas ou ilícitas) em sua história de vida.

Em relação ao consumo de drogas na sociedade, a maioria dos entrevistados aposta na prevenção para que haja diminuição deste consumo. Contextualizando com a RD, um estudo realizado por Reis *et al.* (2010) imprime que esta estratégia revisa o tratamento dado às questões relacionadas ao abuso de drogas, baseados em fatos realistas, entendendo que o consumo de drogas faz parte de muitas sociedades e possui tanto efeitos positivos quanto negativos. A RD também se apresenta como uma orientação acerca deste consumo, buscando expor os prejuízos que este consumo pode trazer, antes, porém, apontando os determinantes estruturais que levam a estes prejuízos e propiciando uma consciência crítica nos sujeitos (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2012).

Com vistas à Redução de Danos, sobre as práticas de prevenção, Siqueira (2013) pontua que a redução de danos questiona o pensamento em relação às drogas no que concerne à prevenção. Por exemplo, os adolescentes olham para os mesmos adultos que orientam que não se deve beber e estes adultos bebem, logo, a prevenção não foi cumprida, já que diz para não usar nunca. Daí, a prevenção que as pessoas tanto gostam, torna-se uma ilusão.

Portanto, caracterizar as dificuldades que circundam os aspectos preventivos, compreendendo que a prevenção proibitiva, descontextualizada e moralista, perpassada de igual modo para todos, não ampliará o escopo de

possibilidades que os usuários e familiares necessitam para que de fato aconteça uma interferência no processo saúde- doença e na qualidade de vida desta população.

Acerca do tratamento, os profissionais consideraram em maior frequência que deve ser especializado. Em contrapartida, a literatura aponta divergências acerca destes pensamentos conforme assinala Ronzani e Furtado (2014, p. 76):

[...] O profissional que trabalha em qualquer Unidade de saúde da Atenção Básica, e em especial na Saúde da Família e na Unidade Atendimento aos Programas de Saúde (UAPS), está em posição estratégica, pois: trabalha na perspectiva de rede de apoio social; lida diretamente com a comunidade conhecendo muito bem os problemas específicos de cada área; é respeitado pelos usuários, pelo tipo de trabalho desenvolvido; a comunidade conhece e confia no seu trabalho; realiza trabalhos diversificados, como consultas, grupos e visitas domiciliares; trabalha com foco na prevenção e em ações ampliadas de saúde.

É importante para o sucesso deste tratamento, um acompanhamento, e que ele aconteça de forma sistemática com dedicação de ambas as partes, já que ao usuário não se deve simplesmente ofertar um determinado tipo de tratamento e deixá-lo sozinho sem uma orientação qualificada. O acompanhamento deve ser rotineiro, até que seja verificado que o uso das drogas, mesmo que ele opte por continuar fazendo uso, não lhe traga danos pessoais, de saúde e/ou sociais. Esta postura no planejamento do cuidado integral deve primeiramente ser tecida através dos profissionais da Atenção Básica (ESF e NASF) partindo do pressuposto do vínculo, não desprezando, contudo, a possibilidade de encaminhamentos se necessário.

Sobre as decisões frente à problemática, as opiniões assemelham-se tendo em vista que os profissionais concordam em maior número que os usuários devem colaborar na escolha de seu tratamento, assim como na escolha dos meios que conduzirão suas relações com as drogas. Neste sentido, Vasconcelos (2015, p. 99) assinala que

A escolha das atividades deve ser de comum acordo com o usuário, com a participação da família, e com base em discussão de toda a equipe profissional [...] as atividades terapêuticas devem ter sentido na vida de pessoas, devem motivá-la a querer ficar melhor, ampliar seu grupo de amizade e vínculos sociais

Outra contradição verificada se refere ao modo como os profissionais percebem a dependência de drogas, concluindo, em sua maioria, que qualquer droga pode levar à dependência. Entretanto, como bem assinala Reis, Silva e Andrade (2010) a proposta da RD diverge acerca desta concepção invertendo os papéis da substância e do toxicômano, empoderando o sujeito.

Sobre os dados em que a maioria dos profissionais concorda que a dependência das drogas está muito mais relacionada à pessoa que faz uso do que com as substâncias ingeridas, Quinderé (2013, p. 115) ressalta em seu estudo que

[...] os problemas não estão apenas no aspecto físico-químico da droga e sim em todo o entrelace de relações que ocorrem no consumo da droga, desde políticas públicas ineficazes, a dimensão individual (sentidos e significados do uso), representações sociais que a droga carrega na sociedade e que tem influência nas experiências dos usuários [...].

De um modo geral observam-se pensamentos ambíguos por parte dos profissionais do NASF, especialmente acerca das concepções sobre dependência e o modo do usuário se relacionar com as drogas subentendendo a necessidade de redimensionar conceitos, de modo que os problemas advindos do contexto relacionado ao uso abusivo de drogas não sejam agravados e que novas alternativas sejam propostas no intuito de se promover um cuidado integral.

6.5 O uso de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes e a Proposta da Redução de Danos

Ao realizar uma análise bivariada sobre o conhecimento e concordância dos profissionais em relação à proposta da RD e o uso de drogas por crianças e adolescentes (Tabela 5 - p. 55), assim como as crianças em situação de rua/abandono e a ligação deste fato com o uso de drogas (Tabela 6 - p. 56), observou-se que não houve associação entre as variáveis, tomando como referência o valor de $p > 0,05$ (Teste exato de Fisher). As respostas foram muito semelhantes, entretanto, considera-se importante destacar a relevância desse fato, já que nem sempre há dados suficientemente disponíveis na literatura. Logo, abordar o tema das drogas entre crianças e adolescentes é uma necessidade expressa, requerendo uma certa velocidade de posicionamento por parte dos familiares, assim como dos setores da educação e saúde.

Desconstruir preconceitos e explorar o diálogo na busca de conhecer os sentimentos tanto da criança quanto do adolescente e os modos de interagir frente ao papel dos pais e/ou cuidadores e ainda educadores, é uma alternativa mais acolhedora, menos amedrontadora e com possibilidades positivas.

Em crianças e adolescentes se é constatado um transtorno mental ou uso problemático de drogas, pode haver uma medida de proteção, por meio de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em ambulatório ou em hospital. A sua aplicação deve levar em conta as necessidades pedagógicas da criança e do adolescente, dando-se preferência àquelas que buscam os vínculos familiares e comunitários de acordo com os princípios contidos no estatuto da criança e do adolescente (VASCONCELOS *et al.*, 2014)

O diálogo é a base do relacionamento infanto-juvenil, devendo acontecer com clareza e veracidade de informações. Estudos evidenciam que os pais de filhos adolescentes que possuem o hábito de procurar localizar onde estão seus filhos, conhecer os amigos e suas atividades no tempo livre e saber como utilizam seu dinheiro são os que apresentam menores taxas de envolvimento com drogas (PECHANESKY *et al.*, 2014). A tarefa dos pais ou educadores neste contexto não é fácil, tendo em vista que a temática das drogas ainda é temida pela ausência de destreza que estes possuem em lidar com o assunto devido a prováveis lacunas em sua criação/formação.

Teoricamente, fala-se, sugere-se, aconselha-se e intimida-se até quando se defende a ideia do não uso ou experimentação de drogas, porém, na prática, o conteúdo é pouco abordado e pouco discutido mediante a reflexão exigida. Deve-se trabalhar com intervenções precoces, uma vez que, quanto mais tempo a criança e o adolescente permanecerem nesta situação, mais complicada será a reversão deste processo (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL – MDS, 2014, p. 42).

Neste estudo, foi observado que há profissionais que concordam com a culpabilidade dos pais pelo envolvimento dos filhos com drogas, todavia, uma das críticas da Reforma Psiquiátrica está em desmistificar a ideia da culpabilização da família pela situação do usuário, já que esta é uma visão estigmatizante e discriminadora frente à problemática (VASCONCELOS, 2015).

Sobre a situação de abandono/rua ocorrer devido ao uso de drogas e apesar das opiniões divergentes possuem praticamente a mesma frequência,

houve respostas que apoiaram esta afirmação. No entanto, Garcia *et al.* (2014, p. 124), discordam em seus apontamentos, assinalando que

A situação de crianças e adolescentes que fazem uso de drogas não é diferente, particularmente quando esse uso está combinado à miséria extrema e abandono familiar. Nesses casos, fica evidente que são a miséria e o abandono que precedem o uso da droga. Portanto, é na garantia dos direitos dessas crianças e adolescentes, da saúde à educação, como determinado no estatuto da Criança e do Adolescente, que devem ser investidos os esforços de ações abrangentes de proteção e cuidado.

A proposta trazida pela Estratégia da RD implicitamente valoriza o desenvolvimento de atividades que oportunizem caminhos para que crianças, adolescentes e jovens, desde cedo, consigam lidar com os desafios inerentes à sua faixa etária ou a realidade em que vivem, além de outras situações particulares, a fim de que a percepção frente às drogas e a habilidade de lidar com esta problemática se torne muito mais segura. Daí a importância de adultos também providos de conhecimento no assunto para acompanhar este processo.

6.6 A eficácia das alternativas de redução do consumo de drogas na sociedade e a proposta da Redução de Danos

Em relação às várias Campanhas em que abordam o uso de drogas numa perspectiva sem imposição, foram predominantes as respostas em que os profissionais consideraram como uma alternativa muito eficaz (42,1%) ou eficaz (36,8%) para a redução do consumo de drogas em nossa sociedade, em detrimento da pouca eficácia comparadas às campanhas que reforçam o modelo antidrogas (47,4%).

Estes posicionamentos são importantes quando se trata de trabalhar sob a lógica da RD, já que compartilha da mesma filosofia, muito embora haja contradição ao se considerar eficazes as campanhas que reforçam o uso de drogas associada à violência (52,6%), assim como o apoio à ação policial/repressão ao usuário, que também foram consideradas alternativas muito eficazes (42,1%) e/ou eficazes (36,8%) pelos profissionais conforme dados apresentados na Tabela 7 (p. 57). Para Souza e Carvalho (2015, p. 219),

A polarização produzida no campo das drogas reconhece duas posições e possibilidades extremas. É nesse jogo de polarização e antagonismos

que a RD acaba muitas vezes confundida com o pólo oposto à abstinência. Se à abstinência corresponderia a faceta do “NÃO AS DROGAS”, a RD acabaria sendo arrastada para a faceta oposta, a do “SIM AS DROGAS”. Acusada de incentivar o uso de drogas, a RD enreda-se nesse esquema binário em que o campo da justiça define o que pode e o que não pode no campo da saúde, especificamente no que diz respeito à atenção aos usuários de álcool e outras drogas (SOUZA; CARVALHO, 2015, p. 219, grifos do autor).

A ampliação do olhar para questões relacionadas à violência, criminalidade e suas consequências no contexto social das famílias deverão ser observadas nas ações, serviços, programas e projetos articulados entre si e que contemplem toda a comunidade. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2014). As ambiguidades que envolvem o tema são notórias, o que traduz a necessidade de um trabalho articulado com as diversas redes de apoio, incluindo a mídia, a fim de que se promova uma melhoria na qualidade da Atenção Básica.

Sobre as alternativas que foram compreendidas com pouca ou nenhuma eficácia pelos profissionais, temos a legalização/discriminização do uso de drogas pelos profissionais (73,6%) e a internação compulsória (68,4%).

A legalização das drogas pontua Quinderé (2015), é o paradoxo em que embora a proibição pareça estimular o consumo sobre a distribuição do produto, no entanto, caso houvesse legalização, seria uma dificuldade a mais, tendo em vista que o Estado também não consegue estabelecer controle nem mesmo sobre as drogas que já estão legalizadas.

Os posicionamentos dos profissionais acerca da internação compulsória são compatíveis com as práticas de RD. Torossian (2013, p. 92) contribui quando afirma que “Internações compulsórias e repressão exclusiva da oferta são lógica exclusiva da limitação, uma política de restrição, sem a criação simultânea de outras possibilidades.”

Para Souza e Carvalho (2015, p.222),

Se novamente a internação compulsória nos conduz para uma estratégia que fracassa em seus objetivos é porque precisamos entender sua função estratégica para além dos interesses explícitos. Se uma estratégia fracassa há séculos e ainda mantém um valor de uso para a sociedade é porque esta estratégia cumpre uma função que se ajusta e se potencializa no próprio fracasso.

A internação compulsória traz consigo as marcas da política proibicionista tão difundidas no século XX e ainda tão presente no século XXI, invalidando o

respeito ao ser humano, seu poder de decisão, seu desejo pelo novo e a criação de caminhos diferentes. Deste modo, a RD tornou-se um dispositivo em que os usuários de drogas podem se expressar “em nome próprio”, podendo ter seus sentimentos e suas ações acompanhadas através de um conjunto de estratégias (TRAJANO *et al.*, 2015).

Não se trata de tentar difundir uma retórica de perfeição acerca da Política de Redução de Danos, até porque não existe percurso perfeito frente à problemática das drogas, mas desenvolver uma percepção mais contextualizada da realidade, com direito de escolha e apoio a um cenário de preservação, antes de tudo, da vida.

Acerca da inclusão social deste usuário e a construção de projetos a longo prazo com investimento em educação, esporte, lazer e cultura, 68,4% consideraram ser uma alternativa muito eficaz.

Os centros de convivência e cultura são espaços oferecidos pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que não só atendem as pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de drogas, mas as demais pessoas da comunidade e têm o objetivo de promover a convivência, a sociabilidade, a construção de novos laços sociais, intervindo na sociedade como um todo. As atividades nestes espaços devem ser coletivas e variadas, com oficinas promovidas por diferentes tipos de artistas e profissionais (VASCONCELOS, 2014). Restabelecer a cidadania resgatando a rede social outrora perdida em decorrência do abuso de drogas, resgatando os relacionamentos desgastados, reaproximando antigos amigos e impulsionando o usuário a retomar o prazer pelo lazer e pelas atividades culturais antes realizadas, torna-se o desafio primordial para o profissional que atua na área (DUARTE, 2014).

No planejamento da equipe, é necessário pensar, por exemplo, quais são as atividades de cultura e lazer presentes no bairro e ver a possibilidade de projetos intersetoriais (BRASIL, 2013, p. 225). A literatura aponta para a importância da inclusão social, partindo do princípio que manter o usuário ativo, produtivo, sociável e feliz, o que conduz a possibilidades de crescimento, resgatando sua autoestima e reduzindo diversos danos em sua trajetória de vida. O foco apenas na abstinência ou alteração do padrão de consumo não é o bastante, não é suficiente para garantir que eles viverão longe das drogas, uma vez que também é preciso redescobrir um sentido para a vida (BARRETO *et al.*,

2014). Como assinala Duarte (2014), o profissional e o paciente devem investir conjuntamente na busca e na valorização de elementos que possam compor a rede de apoio para o processo de reinserção.

Os profissionais que compõem a ESF, incluindo os profissionais do NASF, possuem importante papel neste contexto na medida em que podem se articular e compartilhar saberes e práticas entre os demais profissionais e setores de modo comprometido para a construção do cuidado às pessoas com problemas relacionados ao uso/abuso de drogas no território.

6.7 A eficácia das formas de tratamento para dependência de drogas e a proposta da Redução de Danos

Acerca do questionamento sobre a eficácia das formas de tratamento para dependência de drogas, a internação em Comunidades Terapêuticas (CT) obteve um maior número de respostas como sendo uma alternativa considerada muito eficaz ou eficaz (63,2%), conforme os dados apresentados na Tabela 8 (p. 59). Esse resultado pareceu contraditório uma vez que a efetividade das CT é bastante questionável e elas têm sido implementadas contra os ideários da Reforma Psiquiátrica e dos movimentos em favor do SUS, sobretudo por sua característica privatista e mantenedora de diversas práticas manicomiais e contrárias aos direitos humanos.

Realizando um elo com as respostas alusivas aos tratamentos religiosos, fora das CT, não houve diferença significativa acerca das respostas, predominando a mesma lógica de raciocínio. No que concerne à prática da RD, este tipo de tratamento embora não possa ser considerado como um antônimo a esta prática, trabalha a lógica da abstinência total, excluindo outras alternativas, conferindo deste modo a importância do profissional que está capacitado para identificar os tipos de usuários que se enquadram neste perfil de tratamento.

Sobre as clínicas especializadas, os profissionais consideraram como sendo de pouca eficácia (63,2%). O estudo realizado por Quinderé (2013) aponta este tipo de tratamento como normalizador do comportamento do usuário, que precisa ser tratado, corrigido e o vê como um doente, passivo no seu processo de cuidado.

Na perspectiva da RD, torna-se prioritário que os profissionais da atenção Básica desenvolvam o discernimento e a atenção acerca das situações que envolvem as formas de uso, assim como o contexto familiar e de comunidade em que o indivíduo está inserido para que o tratamento mais adequado seja aplicado.

Os tratamentos psicológicos foram considerados como muito eficazes (52,2%). De acordo com estudo realizado por Silva (2014), os tratamentos psicológicos devem ser multidisciplinares e de preferência integrados: psicoterapia, orientação familiar, entrevista motivacional, programa de desintoxicação familiar, prevenção de recaída, reinserção social e familiar do usuário. Isso contribui substancialmente para a adoção da proposta da RD, tendo em vista o leque de possibilidades oferecidos ao usuário e familiares.

Os grupos de ajuda mútua ou autoajuda também foram assinalados pelos profissionais do NASF como alternativas muito eficazes no tratamento aos usuários de álcool, crack e outras drogas (52,6%). Uma vez que esses grupos divergem da RD quanto à questão da abstinência como exclusividade de escolha, é reforçada ainda mais a leitura de que prevalece entre os profissionais o pensamento conservador, moral e manicomial no que se refere ao cuidado dos usuários de drogas.

Acerca dos tratamentos nos CAPS AD, houve significativa aceitação da alternativa de tratamento. Os profissionais consideraram como sendo uma modalidade muito eficaz ou eficaz (78,9%), em suas respostas. Como sabemos, os CAPS são serviços estratégicos para intermediar e ampliar as ações de saúde mental, de modo que sua organização tenha “as portas abertas” às demandas de saúde mental do território como também identifique populações mais vulneráveis, que necessitem de ferramentas diferenciadas do cuidado (GARCIA *et al.*, 2014).

Nesse sentido, os CAPS AD atuam com os usuários de drogas de modo a desinterná-los, atendendo essas pessoas em um modelo baseado no conceito de redução de danos (SIQUEIRA, 2013). Um estudo realizado por Galduroz *et al.* (2014), em que o perfil do usuário de crack foi avaliado em todo o território nacional, revelou que apenas cerca de 6% relataram ter tido acesso a um CAPS AD e 4% a uma comunidade terapêutica nos 30 dias que antecederam a pesquisa.

Assim como os demais, os CAPS e, em particular os CAPS AD, são equipamentos que oferecem um importante tipo de tratamento, cuja metodologia é embasada na Redução de Danos e que confere significativa importância em

especial àqueles que dependem de serviço público. No entanto, deve ser referência para os casos mais graves, o que nem sempre acontece frente à problemática das drogas e nas demandas dos serviços de saúde mental podendo, inclusive, tornar esta agenda indisponível mediante casos de real necessidade. Uma pesquisa realizada por Quinderé (2013) com usuários de crack revela que os usuários buscam as unidades de saúde muitas vezes por problemas clínicos e quando identificado o consumo de crack, é logo encaminhado para o CAPS sem que seja abordado a forma de uso e seu significado na vida deste usuário.

Percebe-se que os profissionais dão a devida importância ao tratamento no CAPS, mas há de se questionar se os tratamentos que vêm acontecendo nos CAPS no município de Fortaleza, especialmente nos CAPS AD, não poderiam ser agenciados pelas equipes da ESF e NASF e que melhorias poderiam ser implementadas acerca destes fatos.

Sobre o uso de florais/acupuntura, a quantidade foi bastante semelhante entre as respostas que consideraram como um método eficaz e de pouco eficácia. Esses são tratamentos praticados por poucos profissionais, embora estas práticas tenham seu valor de referência em meio a “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares” (PNPIC-SUS), acompanhando os usuários de álcool, crack e outras drogas através de seus princípios holísticos. (PAGANI, *et al*, 2014)

6.8 Limites e potencialidades nas principais ações de Saúde Mental direcionadas aos usuários de Álcool, Crack e outras drogas desenvolvidas pelos profissionais do NASF

Sobre as principais ações de Saúde Mental direcionadas aos usuários de Álcool, Crack e outras drogas desenvolvidas pelos profissionais do NASF no município de Fortaleza, foram inferidas as seguintes observações (Tabela 9, p. 61):

A maioria dos profissionais realiza ações de encaminhamento para o CAPS (57,9%), porém devido à falta de conhecimento sobre a RD evidenciada nos dados apresentados na Tabela 2 (p. 52), remete-se à possibilidade de realização de encaminhamentos desnecessários. Isso porque o papel dos CAPS é apoiar e dar retaguarda aos trabalhos dos ACS e equipes de saúde da família, com um papel

estratégico na articulação, assistência e regulação da rede de saúde (CRUZ; FERRREIRA, 2014).

A maioria dos profissionais assinalou realizar atendimentos a problemas decorrentes do uso de drogas (52,9%), o que evidencia a necessidade de capacitação destes profissionais, disposição para o acolhimento destes usuários, com uma escuta e clínica diferenciada, a fim de que não sejam supervalorizadas as queixas clínicas em detrimento da subjetividade das queixas implícitas alusivas ao uso de drogas. “É preciso um constante exercício de autoavaliação dos profissionais para evitar enquadrar esses usuários em estereótipos, lembrando sempre que esses se encontram em situação de fragilidade e necessitam ser cuidados”. (BRASIL, 2013, p. 216). Os profissionais de saúde não devem se fixar em protocolos e normas que definam seus comportamentos, cujas condutas aprisionem sua liberdade de agir em relação à sua oferta de cuidados (BELOTTI; LAVRADOR, 2015)

Sobre realizar campanhas de educação e Prevenção, 73,7% dos profissionais relataram desenvolver estas ações. Em um estudo realizado por Amaral, Formigoni e Carneiro (2014), as principais ações de educação realizadas pelos profissionais são: fornecer informações sobre a droga e sobre os tipos de tratamento; incentivar e reforçar a importância e a efetividade do tratamento e oferecer materiais escritos sobre problemas do uso de substâncias e estratégias para redução de riscos. A maior parte dos profissionais (52,6%), afirmou desenvolver uma construção de relação de vínculo do usuário com o serviço. Em relação aos encaminhamentos para as CT, a maioria relatou não desenvolver esta ação (78,9%).

6.9 Aceitabilidade e possibilidades de execução das diversas práticas de Redução de Danos realizadas pelos profissionais do NASF no município de Fortaleza

A realização das práticas de redução de danos e suas possibilidades de adoção ou não no cotidiano dos profissionais do NASF foram analisadas a partir dos dados expostos na Tabela 10 (p. 62). As características de cada serviço e dos profissionais envolvidos precisam ser conhecidas, para que seja possível detectar os fatores que facilitam e os que dificultam a adequada implementação dos

programas, devendo ser levadas em consideração as atitudes e crenças dos profissionais, sua formação, além da participação social e as políticas públicas sobre álcool e drogas (FORMIGONI; RONZANI, 2014). O incentivo à diminuição da frequência e a quantidade de uso foi uma prática citada com significativa aceitação e possibilidade de adoção (89,5%). A literatura aponta que a RD é uma estratégia da saúde pública que busca reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco, com ênfase no sujeito que faz uso abusivo e não na substância (REIS; SILVA; ANDRADE, 2010).

Estudo nas bases de dados MEDLINE e LILACS (revisão integrativa) realizado por Santos, Soares e Campos (2012) mostram propostas que visam diminuir os prejuízos a indivíduos considerados refratários aos tratamentos, diminuindo e substituindo substâncias para evitar mais agravos à saúde. Quando se fala em diminuir a frequência e a quantidade de uso, observa-se que ao usuário são ofertadas outras possibilidades em sua trajetória com as drogas, além da abstinência. Nem todo usuário deseja retirar o álcool e/ou outras drogas da sua rotina, por muitas vezes não se sentir prejudicado com este uso. De acordo com Brasil (2013), embora seja interessante que o local de consumo seja seguro, por exemplo, o consumo de álcool por ser uma atividade social é relevante que esteja associado com outras atividades como dançar ou jogar, ou seja, ajudando assim a diminuir a quantidade de bebida ingerida e o efeito provocado. As práticas realizadas pelos profissionais que conferem uma maior proximidade com o usuário e sua realidade com o uso de drogas foram consideradas como inaceitáveis, como: a definição de um local limpo e seguro junto ao usuário para o uso da droga (36,8%) e a troca de cachimbos usados por novos (47,4%).

Estudo realizado por Barreto *et al.* (2013) em um centro de convivência, enfatiza a prática dos técnicos que se deslocam para áreas de risco e vulnerabilidade para a realização de distribuição de seringas descartáveis, preservativos, além de outros instrumentos para uso de drogas que evitam o uso compartilhado e a propagação de doenças, reduzindo desta forma os danos físicos (BARRETO *et al.*, 2013). Além do incentivo ao uso individual do cachimbo, a distribuição de protetores labiais para a redução da contaminação devido às fissuras labiais provocadas pelo esquentamento das latas poderia também ser incentivada (QUINDERÉ, 2013). Houve aceitação, porém sem adoção no que concerne à substituição de drogas ilícitas por lícitas (42,1%). Mesmo diante de

práticas já utilizadas, inclusive em serviços como os CAPS AD, verifica-se a dificuldade que os profissionais possuem em relação a determinadas práticas de RD.

Sobre os consultórios de rua, houve aceitação com possibilidade de adoção pela maioria dos profissionais (57,9%). Sabe-se que os consultórios de rua são unidades que se localizam perto das áreas de consumo, visando gerar vínculo com os trabalhadores do SUS, base para o início dos cuidados à saúde e para os projetos sociais integrados (VASCONCELOS, 2014). Constituem uma modalidade de atendimentos direcionados aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciadas da rede de serviços de saúde e intersetorial, proporcionando a oferta de cuidados no próprio espaço de rua (CRUZ; FERREIRA, 2014; BRASI, 2010).

Vários estudos mostram que o abuso de drogas surge como um aspecto significativo diante da fragilidade a que está exposta essa população sendo o álcool a substância mais usada no contexto de rua (MICHELI; CRUZ, 2014). Embora com expressiva aceitação, a realização do consultório de rua ainda se configura como uma prática relativamente nova se comparada as demais práticas de RD. A abordagem ao usuário de drogas em situação de rua requer intervenções diferenciadas da abordagem realizada nas Unidades de Atenção Primária ou nas residências por ocasião do cuidado no domicílio. Conquistar este usuário para a construção de vínculo com o serviço de saúde corresponde a uma difícil tarefa a ser desempenhada pelos profissionais, até então, com poucas experiências neste contexto de cuidado.

Nem todas as pessoas que fazem uso de drogas precisam de tratamento. Existe uma necessidade de providenciar às pessoas que usam drogas opções que reduzam os riscos que podem causar a si próprios, fornecendo informações, serviços e intervindo através da redução de danos de modo a ajudar as pessoas a se manterem seguras e com saúde (ABORDA, 2016). Sobre a prática de informar sobre procedimentos que diminuem os riscos, 84,2% dos entrevistados afirmaram aceitação e adoção desta prática. Estas orientações são possíveis de serem realizadas e possibilitam a troca de saberes entre profissionais e usuários propiciando desta forma o desenvolvimento de ações preventivas. Acerca do uso controlado e responsável, 63,2% dos entrevistados afirmaram aceitar e adotar esta prática.

7 IMPACTO DOS DADOS PARA A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE FAZEM USO DE DROGAS

Os dados obtidos permitiram identificar as fragilidades e as potencialidades das equipes do NASF frente à problemática das drogas e a proposta da Redução de Danos, o que permitirá aos profissionais da ESF diagnosticar as próprias lacunas advindas deste contexto.

No campo da atenção ao uso, abuso e dependência de drogas não existem práticas que solucionem completamente as problemáticas advindas dessas condições. Dessa forma, mais importante do que se colocar a favor ou contra, é compreender que diferentes conjunturas exigem diferentes estratégias e perspectivas de trabalho (VINADÉ; CRUZ; BARBEITO, 2014)

Avaliar e descrever práticas frente a esta problemática, com ênfase na Estratégia da Redução de Danos e identificar as posturas destes profissionais diante das pessoas que fazem uso de drogas nos territórios é fundamental para que seja assegurada a continuidade do cuidado integral, junto às populações consideradas de alta vulnerabilidade.

8 POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A valorização do presente estudo é decorrente do fato de que os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas merecerem destaque na sociedade. Por se configurar como um importante problema de saúde pública, toda e qualquer ação que suscite questionamentos que conduzam a intervenções precoces e que busquem promover qualidade de vida aos usuários, assim como o empoderamento aos profissionais de saúde sobre o tema torna-se muito bem-vinda.

Reconhecer as vulnerabilidades inerentes aos profissionais frente ao tema, assim como suas possibilidades reforçadas através dos referenciais teóricos permitirá que novos conhecimentos assegurem práticas responsáveis e tratamentos adequados, especialmente diante da escassez de estudos voltados para a atuação dos profissionais do NASF na problemática das drogas com ênfase nas ações de Redução de Danos.

Do mesmo modo, o estudo também apresentou limitações devido à amostra reduzida de profissionais do NASF, que por ocasião da última mudança na gestão municipal houve significativa redução do quadro no município de Fortaleza, contando atualmente com apenas 48 profissionais. Logo, devido a esta carência, os profissionais necessitaram assumir várias Unidades de Saúde dificultando a realização de muitas ações.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, essa pesquisa buscou analisar o conhecimento e as práticas de Redução de Danos desenvolvidas pelos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família no Município de Fortaleza – CE acerca da problemática do uso do Álcool, Crack e outras drogas. Observou-se na população estudada que os conhecimentos sobre a Estratégia da Redução de Danos ainda se encontram limítrofes, inferindo em posicionamentos ambíguos tanto no que concerne à problemática das drogas, assim como no conceito e nas possibilidades de adoção da Estratégia da RD. Logo, presume-se que estas limitações restrinjam iniciativas mais abrangentes e intervencionistas de qualidade.

Ao caracterizar o perfil dos profissionais do NASF atuantes no Município de Fortaleza no ano de 2015, constatou-se uma restrita formação acadêmica destes profissionais em áreas do Conhecimento que os aproxime e fortaleça na perspectiva da integralidade do cuidado e articulações com as ações de Saúde Mental.

As posturas dos profissionais do NASF frente às pessoas que fazem uso de álcool, crack e outras drogas no contexto da Atenção Primária destacaram-se como estigmatizantes, percebidas mediante à predominância da dificuldade de convívio destes profissionais com diferentes grupos de usuários de drogas, bem como a culpabilização dos pais acerca de crianças e adolescentes em uso de álcool e outras drogas. As concepções em relação aos danos e dependência de drogas associaram-se a uma visão conservadora e moralista, a um pensamento sem crítica e desarticulado da redução de danos.

Em relação às alternativas de redução de consumo, também foram averiguadas posturas ambivalentes, tanto apoiando a política proibicionista de guerra às drogas (Campanhas que reforçam como o uso de drogas colaboram para o aumento do tráfico e apoio a ação policial/repressão ao usuário) quanto aquelas que integram a RD (Campanha de Prevenção e Educação em saúde sem imposições e Projetos de inclusão social).

Nos tratamentos, houve destaque para os grupos de ajuda mútua e tratamento em CAPS AD, divergentes em suas abordagens, porém recíprocos quanto ao significado de vínculo. Sobre as posturas dos profissionais do NASF

diante das concepções supracitadas, observa-se que ainda tem forte influência do modelo tradicional assim como o cuidado sob a lógica da abstinência.

No que se refere a descrição das ações de Saúde Mental dos profissionais do NASF, verificou-se que os profissionais relataram desenvolver ações de Saúde Mental nos territórios como: identificação e encaminhamento para o CAPS, atendimentos a problemas decorrentes do uso/abuso de drogas, campanhas de educação e prevenção e construção de relação de vínculo com o serviço. Embora entendam como uma possibilidade, não desenvolvem a identificação e encaminhamento de casos para as Comunidades Terapêuticas. Embora com conhecimentos limitados e com posturas que evidenciaram ambivalência nas condutas, a maior parte das ações são citadas como desenvolvidas.

A importância dos dados para a atuação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no cuidado às pessoas que usam drogas nos territórios de atuação resume a necessidade de que mais estudos sejam realizados sobre drogas e redução de danos a fim de promover o apoio adequado na atuação das equipes da ESF, NASF e demais dispositivos da Atenção Básica.

Espera-se, assim, que os objetivos dessa pesquisa tenham sido alcançados e que este estudo tenha potencial para contribuir com ações sociais e de saúde mais concretas, de forma a fomentar a interdisciplinaridade profissional, expandir os conhecimentos e a perspectiva do trabalho sob a lógica da Redução de Danos, fortalecendo a integralidade do cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas presentes nos mais diversos territórios.

REFERÊNCIAS

ABORDA. **O que é ABORDA?** Disponível em:

<<http://abordabrasil.blgspot.com.br>>. Acesso em: 31 jul. 2016.

AMARAL, M. B.; FORMIGONI, M. L. O. S.; CARNEIRO, A. P. L. Estratégias de intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.).

SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 3, p. 35-53.

ANDRADE, A. C. P. **Álcool e crack: os desafios à produção do cuidado na atenção primária à saúde**. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014, 108 p.

ANDRADE, T. M.; ESPINHEIRA, C. G. D. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicotrópicas na cultura brasileira. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 1, p. 11-26.

ANDRADE, T. M.; ESPINHEIRA, C. G. D; RONZANI, T. M. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 2, p. 27-41.

BARBOSA, S. M.A.; CUNHA, K. F.; CANDIDO, A. P. G.; ANDRADE, T. B. E. S. A experiência da Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju: Rede e Coletivos como produtores de saúde e de vida. *In*: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderno HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548p, v.5, p. 419-440.

BARRETO, A. P. Terapia Comunitária sistêmica integrativa: definição, objetivos e pressupostos. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 6, p. 125-146.

BARRETO, R. O.; LOPES, F. T.; PAULA, A. P. P. A economia solidária na inclusão social de usuários de álcool e outras drogas: reflexões a partir da análise

de experiências em Minas Gerais e São Paulo. **Caderno de Psicologia Social do Trabalho**. São Paulo, v.16, n.1, 2013.

BELOTTI, M.; LAVRADOR; M. C. C. Apoio Matricial: Cartografando seus efeitos na Rede de Cuidados e no Processo de Desinstitucionalização da loucura. *In*: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.- Brasília: Ministério da Saúde. **Caderno HumanizaSUS**, 2015, p-129-146.

BRASIL. **Boletim 01 de outubro de 2015**. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação geral de gestão da Atenção Básica: Núcleo de Apoio à saúde da Família. Disponível em: <<http://www.dab.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

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

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Caderno HumanizaSUS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Caminhos do cuidado: caderno do tutor**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Tecnológica em Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e pesquisa em Saúde-Escola GHC. Brasília: Ministério da saúde, 2013.

BRASIL. **Consultório de Rua do SUS** Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Brasília: FIOCRUZ, 2010.

BRASIL. Decreto n° 7637, de 08 de dezembro de 2011.

BRASIL. Decreto n° 7179, de 20 de maio de 2010

BRASIL. Decreto n° 6177, de 22 de maio de 2007.

BRASIL. Decreto nº 5912, de 27 de setembro de 2006.

BRASIL. **Diretrizes do NASF- Núcleo de Apoio ao Saúde da Família**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas** - Guia AD/Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. n. 84, p. 20-24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. SVS/CN-DST/AIDS. Apolítica do Ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, 2ª ed. **Rev. ampl. Brasília**: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CAMPOS, A. G.; SOUZA, M. P. F. Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população de rua. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 14, n. 3, 2012.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de saúde pública**. 2007; 23(2),p. 399-407.

CLEMENTE, A.; LAVRADOR, M. C. C.; ROMANHOLI, A. C. Desafios da Rede de Atenção Psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na Rede de Saúde mental na

Cidade de Vitória/ES. *In*: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. -Brasília: Ministério da Saúde. **Caderno HumanizaSUS**, 2015, p. 299-316.

COSTA, P. H. A; MOTA, D.C.A; CRUVINEL, C.; PAIVA, F.S; RONZANI, T.M. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. **Rev. Panam Salud Publica**, Washington, v. 33, n. 5, 2013.

CORDEIRO, L.; SOARES, C.B; OLIVEIRA, E.; OLIVEIRA, L. C.; COELHO, H.V. Avaliação de processo educativo sobre consumo prejudicial de drogas com agentes comunitários de saúde. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 897-907, 2014.

CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M.B. A rede de saúde na assistência para pessoas com dependência de álcool e outras drogas: Das UBS e CAPS-AD aos hospitais gerais e psiquiátricos. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 1, p. 11-36.

CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M.B. O vínculo necessário entre os equipamentos da área de saúde mental e os do PSF na construção da rede de atenção integral a pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 2, p. 37-48.

CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M.B; VARGENS, R. W.; RAMÔA, M. L. Crack: um capítulo à parte... *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 5, p. 85-105.

DUARTE, P. C. A. V. Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 2, p. 59-76.

DUARTE, P. C. A. V.; DALBOSCO, C. A política e a legislação sobre drogas. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 6, p. 107-120.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes**. Porto Alegre: Penso, 2013.

FORMIGONI, M. L. O. S.; RONZANI, T. M. Efetividade e relação custo-benefício das Intervenções Breves. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 6, p. 89-100.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2015**. Fortaleza, 2016.

FRANÇA, S. P.; FARIAS, I.; COELHO, D. M.; BORGES, D. S.; MINOZZO, F. Conceitos em Atenção Primária à Saúde e Saúde da Família. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 2. p. 35-48.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; LOCATELLI, D.P.; Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 5, p. 89-106

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; FONSECA, AM.; CARLINI, E.A.; V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 capitais brasileiras-2004. São Paulo: **SENAD/CEBRID**. 2005.

GARCIA, L.; SANTANA, P.; PIMENTEL, P.; KINOSHITA, R. T. A Política Nacional de Saúde Mental e a Organização da rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 7, p. 121-138.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, A. M.; OLIVERA, AF.; GANDRA, H.M; ASSUNÇÃO,P.G;
OLIVEIRA, T.M; SILVA, T.P.R. Evaluation of standard of use alcohol among
residents of a region socially vulnerable. **Revista Portuguesa de Enfermagem de
Saúde Mental**, Porto, n. 2, fev. 2015.

GONÇALVES, L. L. M.; SURJUS, L. T. L. S.; LIRA, L. M.; XAVIER, M. A. Z.;
NASCIMENTO, M. R.; SILVEIRA, M. *et al.* A experiência de produção de saber no
encontro entre pesquisadores e usuários de Serviços Públicos de Saúde Mental: A
construção do Guia GAM brasileiro. *In:* BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria
de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde
Mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de
Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, **Caderno
HumanizaSUS**, 2015, p. 256-276.

HUGGETT, K. N.; WESTERMAN, G.H.; BARONE, E.J; OFGREEN,
A.S.; Substance use and dependence education in predoctoral dental curricula:
results of a survey of U.S. and Canadian dental schools. **Journal of Dental
Education**, Stanford, v. 75, n. 8, p. 1003-1009, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (BRASIL). **Pesquisa
Nacional de Saúde do Escolar: 2012**. Rio de Janeiro (RJ): IBGE, 2013.
Disponível em: <<http://ibge.gov.br>>. Acesso em: 18 de maio 2015.

LIMA, A. F; NETO, J. U. G.; LIMA, M. S. Las leyes de drogas en Brasil y su
relación en la producción de políticas de identidad: um análisis de los procesos de
estigmatización y promoción de la alteridad desde la perspectiva de la psicología
social crítica. **Salud & Sociedad**, v. 2, n. 2, 2011.

MACIEL, M. S.; COELHO, M. O.; MARQUES, L. A. R. V.; NETO, E. M. R.;
LOTIFF, M. A. L.; PONTE, E. D. Ações de saúde desenvolvidas pelo núcleo de
apoio à saúde da família- NASF. **Revista de Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v.
41, n.1, jan/jul, p.117-122, 2015.

MANGUEIRA, S. O.; GUIMARÃES, F.J; MANGUERA, J.O.; FERNANDES, A.F.C;
LOPES, M.V.O. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil:
revisão integrativa da literatura. **Psicologia Social**, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, p.
157-168, 2015.

MICHELI, D.; CRUZ, M. S. Estratégias de Intervenção Breve para diferentes
populações. *In:* FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção
do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento,
Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo:
UNIFESP, 2014, cap. 4, p. 55-73.

MICHELI, D. Uso, abuso ou dependência? Como se fazer triagem usando instrumento padronizado. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 2, p. 23-43.

MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S.; CARNEIRO, A. P. L. Intervenção Breve: princípios básicos e aplicação passo a passo. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 1, p. 11-22.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Sistema Único de Assistência Social- SUAS: perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 1, p. 11-57.

MINOZZO, F.; PAGANNI, R.; PORTO, T. M.; SARAIVA, S.; FORTES, S.; GONÇALVES, D. A.; QUEVEDO, M. P.; DELGADO, P. G. G. Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde e integralidade. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 1, p. 12-34.

MINOZZO, F.; FRANÇA, S. Panorama da Estratégia de Saúde da Família-Atenção Integral na rede de Saúde. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 3; p. 49-64.

NIEL, M.; DA SILVEIRA, D. X. **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. NIEL, M.; DA SILVEIRA, D. X. (Orgs). São Paulo, 2008.

OLIVEIRA, M. C. Direitos Humanos: uma nova cultura para a atuação em contextos de uso abusivo de drogas. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 3, p. 41-64.

OLIVEIRA, M. R. No interior da Rede. *In*: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de

Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. **Caderno HumanizaSUS**, 2015, p-533-540.

PAGANI, R.; DE SIMMONI, C.; MINOZZO, F.; NOVAES, A.R.; ROSSI, S.S.; OLIVEIRA, S.R.; FREIRE, S.M.F.; DIAS, A.C.; MELO, A.P.; PENA, R.S.; ALVARENGA, A. Ações e programas. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 4, p. 66-92.

PAGANI, R.; MINOZZO, F.; QUAGLIA, G. Abordagem familiar: cuidados às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas pelas equipes de Saúde da Família. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 4, p. 91-114.

PAIVA, F. S.; COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M. Fortalecendo redes sociais: desafios e possibilidade na prevenção ao uso de drogas na atenção primária à saúde fortalecendo redes sociais. **Aletheia**, Canoas, n. 37, 2012.

PAULON, S. M.; CHAVES, A. G. C. R.; SALES, A. L. L. F.; EIDELWEIN, C.; NOGUEIRA, C. S.; DRESCHER, D.; LEAL, D.; EGRESS, E.; VECHIA, L.C.D.; LONDERO, M.F.P.; TREPT, R.F. O tempo, o invisível e o julgamento: Notas sobre acolhimento à crise em Saúde Mental em emergências de Hospitais gerais. *In*: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. **Caderno HumanizaSUS**, 2015, p- 277-298.

PECHANSCKY, F.; DIEMEN, L. V.; MICHELI, D.; AMARAL, M. B. Fatores de risco e proteção em diferentes grupos de usuários: mulheres, adolescentes, idosos e indígenas. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 4, p. 67-86.

PECHANSCKY, F.; BALDISSEROTTO, C. F. P. Fatores de risco e proteção em diferentes grupos de usuários: mulheres, adolescentes, idosos e indígenas. Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicotrópicas. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas:

Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap., p. 81-96.

QUEIROZ, I. S. **Adoção de ações de redução de danos direcionados aos usuários de drogas**: concepções e valores de equipes do programa de saúde da família. (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

QUINDERÉ, P. H. D. A experiência do uso de crack e sua interlocução com a clínica: dispositivos para o cuidado integral com o usuário. **Tese (Doutorado)**, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

REHM, J. M. M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. **Rev. Panam Salud Publica**. 2005;18(4-5), p. 241-248.

REIS, I. F.; SILVA, J. L. L.; ANDRADE, M. Utilização da Política de Redução de Danos de Álcool e outras Drogas em saúde da família. **Informe-se em promoção da saúde**, 2010, v.6, n.2, p.16-19.

RIBEIRO, M. A. P. Drogas, adolescência e o papel da família. *In*: RIBEIRO, L. T. F. **Temas educacionais: Uma coletânea de artigos**. / Luís Távora Furtado Ribeiro e Marco Aurélio de patricio Ribeiro. Fortaleza: Edições UFC, 2010, p. 245-255.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. A intervenção Breve na Atenção Básica de Saúde: Quem pode aplicá-la? *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 5, p. 76-87.

SEIDL, E. M. F. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas: construindo o projeto de prevenção do uso de drogas na escola: caderno de orientações**/Eliane Maria Fleury Seidl; Luciana de Faria leite; Maria Fátima Olivier Sudbrack. 2 ed. Brasília, 2014.

SILVA, S. E. D.; VASCONCELOS, E. V.; PADILHA, M. I. C. S.; MARTINI, J. G.; BACKES, V. M. S. A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo, **Escola Anna Nery**, 2007, 11(4), p. 699-705.

SANTOS, V. E.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A produção científica internacional sobre redução de danos: uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental álcool e drogas**, 2012, v.8, n.1, p.41-47.

SILVA, R.A.N; ZAMBENEDETH, G. PICCININI, C. A. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no cuidado com pessoas que usam drogas: um diálogo

com a PNH. *In*: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, **Caderno HumanizaSUS**, 2015, p.182-195

SILVA, E. A. A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas: o papel dos pais e dos cônjuges. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 3, p. 77-88.

SIQUEIRA, D. A política da Redução de Danos no Brasil e os direitos fundamentais do homem. Rio de Janeiro (En) Cena, 23/01/2013. Entrevista a Jonatha Rospide Nunes. *In*: **Caminhos do cuidado: caderno do tutor**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Tecnológica em Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e pesquisa em Saúde- Escola GHC. Brasília: Ministério da saúde, 2013.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. O enfermeiro e a educação em saúde mental na atenção primária: revisão integrativa. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, ago. 2012.

SOUZA, T. A. CARVALHO, S. R. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e os confrontos com a internação compulsória. *In*: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, **Caderno HumanizaSUS**, 2015, p. 216-233.

SUDBRACK, M. F. O.; BORGES, J. S. Termômetro de Risco e proteção para o uso de drogas na rede social do adolescente. *In*: SEIDL, E. M. F. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas: construindo o projeto de prevenção do uso de drogas na escola: caderno de orientações**. Eliane Maria Fleury Seidl; Luciana de Faria leite; Maria Fátima Olivier Sudbrack. 2 ed. Brasília, 2014.

TRAJANO, A. R. C; SILVA, R. Humanização e Reforma Psiquiátrica: A radicalidade ética em defesa da vida. *In*: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de

Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. **Caderno HumanizaSUS**, 2015, p-197-215

TOROSSIAN, S.D.; Paixões e Químicas. *In: Caminhos do cuidado: caderno do tutor*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Tecnológica em Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e pesquisa em Saúde- Escola GHC. Brasília: Ministério da saúde, 2013.

VASCONCELOS, E. M. **Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas**. Rio de Janeiro: escola de Serviço Social da UFRJ. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

VINADÉ, T. F.; CRUZ, M. S.; BARBEITO, M. M. Estratégias de Redução de Danos: da atenção primária à secundária Saúde – Atenção Integral na rede de Saúde. *In: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento*. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 5, p. 93-106.

ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC

CENTRO DE HUMANIDADES



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Concepções e ações de profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família–NASF de Fortaleza-CE sobre Saúde Mental, Drogas (crack, álcool e outras drogas) e Redução de Danos na Atenção Primária

QUESTIONÁRIO

NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A): _____
 Nº DO QUESTIONÁRIO: _____
 DATA DA APLICAÇÃO: ____/____/____
 TEMPO DE DURAÇÃO DA ENTREVISTA: _____

Profissional:

- Assistente Social
- Enfermeiro(a)
- Médico(a)
- Psicólogo(a)
- Fisioterapeuta
- Terapeuta ocupacional
- Educador Físico
- Farmacêutico
- Fonoaudiólogo
- Nutricionista

Local: _____

Hora exata de início: _____

Gostaria de iniciar com algumas perguntas gerais sobre você.**I.1. Qual é a sua idade?** _____ anos**I.2. Nível de escolaridade?**

- Graduação completa
- Especialização incompleta (Qual? _____)

- Especialização completa (Qual? _____)
 Residência (Qual? _____)
 Mestrado incompleto (Área? _____)
 Mestrado completo (Área? _____)
 Doutorado incompleto (Área? _____)
 Doutorado completo (Área? _____)
 Pós-doutorado (Área? _____)

I.3. Sexo

- Masculino Feminino

I.4. Você tem filhos?

- Sim
 Não (VÁ PARA I.6)

I.5. Algum dos seus filhos tem menos de 18 anos?

- Sim. Qual(is) idade(s)? _____
 Não tem filhos menores de 18 anos

I.6. Em que medida você se considera comprometido com a sua religião? Utilize a escala de resposta abaixo.

Nada **0** **1** **2** **3** **4** **5** Muito

I.7. (C.R., p.0x) Qual sua religião?

- Católica** **Evangélica** **Espírita** **Não possui** **Outra: _____**

I.8. (C.R.,p.0x) Com que frequência você participa de cultos ou ritos desta(s) religião(ões) ou filosofia(s) de vida? (LER OPÇÕES 1 A 6 – MARCAR APENAS UMA)

- Não costuma participar 01 a 03 dias por mês
 Todos os dias Algumas vezes por ano
 02 a 06 dias por semana NR
 01 dia por semana

I.9. (C.R.,p.0x) O que você costuma fazer no seu tempo livre? (Quando não está trabalhando ou fazendo curso/formação) (LER OPÇÕES 1 A 21) (MARQUE ENUMERANDO O 1º, O 2º, E O 3º CITADOS)

- Ficar/sair com o(a) marido/mulher ou companheiro(a) ou amorado(a)
- Ficar/sair com a família
- Ir à Igreja ou ao serviço religioso
- Fazer exercícios físicos / academia
- Praticar esportes / competições
- Passear
- Viajar
- Sair sem destino certo
- Ir ao cinema e/ou teatro e/ou show
- Frequentar bares e/ou restaurantes
- Estudar
- Ler livros de literatura
- Ler livros religiosos
- Frequentar congressos/cursos/reuniões
- Ler jornais e/ou revistas
- Assistir à televisão
- Ouvir música
- Utilizar a internet (acesso a informações/entretenimento)
- Utilizar a internet (redes sociais)
- Trabalhar em um “hobby”. Qual? _____
- Outra(s). Qual(is)? _____
- NR

I.10. Além do trabalho, você tem outras(os) (ocupações/trabalhos) (remuneradas/pagos)? Por favor, descreva as atividades que você normalmente faz nesse(s) seu(s) trabalho(s). (ANOTAR)

I.11. Além das (ocupações/trabalhos) (remuneradas/pagos) acima, você desenvolve atividades voluntárias (não remuneradas/pagas)? Por favor, descreva o que você normalmente faz nessa(s) sua(s) atividades(s).

(ANOTAR)

A próxima pergunta você deverá anotar a sua resposta neste questionário. Eu vou ler a pergunta e as opções de resposta e você vai responder diretamente no questionário. Para nosso estudo é importante falar um pouco de seus sentimentos em relação à vida e das suas opiniões sobre algumas questões muito debatidas hoje em dia.

CM.1. (C.R.,p.0x) Eu vou ler uma lista de coisas que podem ser importantes para ensinarmos às crianças em casa. Dentre essas coisas, quais são as duas que você considera mais importantes? (LER OPÇÕES “a” A “e”) (MARCAR OPÇÕES)

	Mencionou	Não Mencionou	NR	NS (ESPONTÂNEO)
a. Ser independente	1	2	7	8
b. Ser obediente	1	2	7	8
c. Ter determinação, força de vontade	1	2	7	8
d. Ter fê, religião				
e. Ter autonomia	1	2	7	8

CM.2. (C.R., p.0x) Vou ler algumas diferentes formas de ação política que as pessoas podem adotar. Gostaria que você dissesse se já fez, se poderia fazê-las, ou se nunca, em nenhuma circunstância, o faria. (LER OPÇÕES “a” A “f”) (MARCAR UMA RESPOSTA PARA CADA OPÇÃO)

	Já fez	Poderia fazer	Nunca faria	NR	NS (ESPONTÂNEO)
a. Assinar um manifesto / abaixo-assinado	1	2	3	7	8
b. Participar de boicote (ex.: deixar de comprar um produto de determinada marca como forma de protesto)	1	2	3	7	8
c. Participar de manifestações ou passeatas	1	2	3	7	8
d. Participar de greves	1	2	3	7	8
e. Publicar e participar de protestos em redes sociais					
f. Ocupar prédios, fábricas, lotes, escolas	1	2	3	7	8

CM.3. Qual dessas coisas você diria que é a mais importante? (LER OPÇÕES “a” A “g”) (MARCAR OPÇÃO) E qual seria a segunda mais importante? (MARCAR OPÇÃO)

	Mais importante	Segunda mais importante	NR	NS (ESPONTÂNEO)
a. Manter a ordem no país	1	2	7	8
b. Aumentar a participação das pessoas em decisões importantes do governo	1	2	7	8
c. Combater a violência	1	2	7	8
d. Aumentar o número de presídios	1	2	7	8
e. Reduzir a idade penal	1	2	7	8
f. Tomar as leis mais severas	1	2	7	8

CM.5. Dentre os itens desta lista, qual deles você diria que possui maior importância em sua vida? (LER OPÇÕES “a” A “g” E MARCAR O MAIS IMPORTANTE) E qual destes itens você diria que é o segundo mais importante? (LER OPÇÕES “a” A “g” E MARCAR O SEGUNDO MAIS IMPORTANTE) E qual você diria que é o menos importante? (LER OPÇÕES “a” A “g” E MARCAR O MENOS IMPORTANTE)

	Mais importante	Segundo mais importante	Menos importante	NR
a. A família	1	2	3	7
b. Os amigos	1	2	3	7
c. O lazer	1	2	3	7
d. A política	1	2	3	7
e. O trabalho	1	2	3	7
f. A religião (espiritualidade)	1	2	3	7
g. O conhecimento	1	2	3	7
h. A cultura (conhecimento)	1	2	3	7

CM.6. Agora nós de gostaríamos de saber como você se sente frente a diferentes grupos. Algumas pessoas dizem que conviveriam facilmente com determinados grupos de pessoas e que conviveriam com dificuldades com outros grupos. Existem pessoas ainda que dizem que não conviveriam de forma alguma com determinados grupos. Por favor, como seria para você conviver com: (LER OPÇÕES “a” A “f”)

	Conviveria facilmente	Conviveria com dificuldades	Não conviveria	NR	NS (ESPONTÂNEO)
a. Homossexuais	1	2	3	7	8
b. Ex-detentos / presidiários	1	2	3	7	8
c. Pessoas com HIV/AIDS	1	2	3	7	8
d. Doentes mentais	1	2	3	7	8
e. Usuários de álcool	1	2	3	7	8
f. Usuário de maconha	1	2	3	7	8
g. Usuários de drogas injetáveis	1	2	3	7	8

Por favor, diga em que grau você concorda ou discorda das seguintes afirmações:

CM.7. Em nossa sociedade é fácil aceitar pessoas que têm idéias novas ou diferentes. Você concorda ou discorda? / Totalmente ou em parte?

Concordo totalmente	Concordo em parte	Não concordo nem discordo (SE ESPONTÂNEO)	Discordo em parte	Discordo totalmente	NR
1	2	3	4	5	7

CM.8. Desde que não prejudique ninguém, o que as pessoas fazem em sua vida íntima é de sua única e particular responsabilidade. Você concorda ou discorda? / Totalmente ou em parte?

Concordo totalmente	Concordo em parte	Não concordo nem discordo (SE ESPONTÂNEO)	Discordo em parte	Discordo totalmente	NR
1	2	3	4	5	7

CM.9. O governo tem o papel de definir o que é bom ou ruim para a sociedade. Você concorda ou discorda? / Totalmente ou em parte?

Concordo totalmente	Concordo em parte	Não concordo nem discordo (SE ESPONTÂNEO)	Discordo em parte	Discordo totalmente	NR
---------------------	-------------------	---	-------------------	---------------------	----

1	2	3	4	5	7
---	---	---	---	---	---

CM.10. Tudo aquilo que é criticado ou rejeitado pela maioria das pessoas é ruim. Você concorda ou discorda? / Totalmente ou em parte?

Concordo totalmente	Concordo em parte	Não concordo nem discordo (SE ESPONTÂNEO)	Discordo em parte	Discordo totalmente	NR
1	2	3	4	5	7

CM.11. Dos problemas sociais a seguir qual deles você considera mais grave no Brasil.(LER OPÇÕES “a” A “k” E MARCAR O MAIS GRAVE) E qual você considera o segundo mais grave? (LER OPÇÕES “a” A “n” E MARCAR O SEGUNDO MAIS GRAVE)

	Mais Grave	Segundo mais Grave	NR
a. Desigualdade social	1	2	7
b. Violência	1	2	7
c. Preconceito racial	1	2	7
d. Tráfico de drogas	1	2	7
e. Fome / Miséria	1	2	7
f. Moradia inadequada / Favelas	1	2	7
g. Sistema educacional ruim	1	2	7
h. Sistema de saúde ruim	1	2	7
i. Desemprego	1	2	7
j. Poluição	1	2	7
k. Crianças/adolescentes em situação de rua/abandono	1	2	7
l. Sistema de Assistência Social ruim	1	2	7
m. Exploração sexual de crianças e adolescentes	1	2	7
n. Exploração sexual de adultos	1	2	7

CM.12. Pensando agora em seu trabalho e nos problemas listados abaixo, gostaria que você me dissesse quais deles você considera os mais graves. (LER OPÇÕES “a” A “m”) (MARQUE ENUMERANDO O 1º, O 2º, E O 3º CITADOS).

	Mais Grave	Segundo mais Grave	Terceiro mais Grave	NR
a. Situações de exclusão e injustiça social				
b. Moradores de rua	1	2	3	7
c. Crianças e adolescentes em situação de risco / Abandono	1	2	3	7
d. Idoso em situação de abandono	1	2	3	7
e. Doenças mentais e problemas psicológicos	1	2	3	7
f. Violência em suas diversas formas (domiciliar, comunitária, contra a mulher, crianças, idoso etc.)	1	2	3	7
g. Doenças clínicas	1	2	3	7
h. Exploração sexual infantil	1	2	3	7
i. Problemas sociais relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas (agressões, furtos e roubos, desestruturação familiar e social, etc)	1	2	3	7
j. Problemas clínicos (de saúde) relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas	1	2	3	7
k. Abuso de medicamentos, principalmente os calmantes, tranquilizantes e remédios para dormir	1	2	3	7
l. Comportamento sexual inseguro	1	2	3	7
m. Uso de estimulantes	1	2	3	7
n. Exploração do trabalho	1	2	3	7
o. Trabalho escravo	1	2	3	7
m. Automedicação	1	2	3	7

Outro? (ANOTAR) _____

Vou ler agora algumas afirmativas e gostaria que você respondesse qual delas aproxima-se mais do seu modo de pensar. (Escolher UMA das opções para cada questão).

CD.1. (C.R.,p.x)

Qualquer tipo de uso que se faça de uma droga, seja ela legal ou ilegal, trará problemas ao usuário.

É possível fazer uso de drogas, seja ela legal ou ilegal, sem que isso acarrete problemas físicos e/ou psicológicos ao usuário.

CD.2.

Deve haver um aumento no combate ao tráfico de drogas e distribuição para que haja uma diminuição do consumo.

Deve haver um aumento na prevenção e tratamento dos usuários para que haja uma diminuição do consumo.

CD.3.

O usuário de drogas é um cidadão com direito a ser respeitado em suas escolhas, mas caso esteja fazendo mau uso de substâncias deve ser tratado, mesmo que contra sua vontade.

O usuário de drogas é um cidadão com direito a tratamento médico especializado, independente do uso que faça das substâncias.

CD.4. Pense agora na seguinte questão: imagine que você conheceu alguém de quem realmente gostou e ele/ela lhe diz que é usuário(a) de alguma droga ilegal. Ainda assim você iniciaria um relacionamento amoroso com ele/ela?

Definitivamente sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Definitivamente não	NR	NS (ESPONTANEO)
1	2	3	4	7	8

CD.5. O nome das pessoas que fazem uso de drogas ilegais deve ser levado a conhecimento público. Você concorda ou discorda? / Totalmente ou em parte?

Concordo totalmente	Concordo Em parte	Não concordo nem discordo (SE ESPONTANEO)	Discordo em parte	Discordo totalmente	NR
1	2	3	4	5	7

CD.6. As pessoas que têm problemas decorrentes do uso que fazem de álcool e outras drogas estão simplesmente sofrendo as conseqüências de um comportamento incorreto. Você concorda ou discorda? / Totalmente ou em parte?

Concordo totalmente	Concordo em parte	Não concordo nem discordo (SE ESPONTANEO)	Discordo em parte	Discordo totalmente	NR
1	2	3	4	5	7

CD.7. As crianças e adolescentes que utilizam álcool e outras drogas o fazem por culpa dos pais. Você concorda ou discorda? / Totalmente ou em parte?

Concordo totalmente	Concordo em parte	Não concordo nem discordo (SE ESPONTANEO)	Discordo em parte	Discordo totalmente	NR
1	2	3	4	5	7

CD.8. As crianças e adolescentes em condição de rua/abandono estão nessa condição em geral devido ao uso que fizeram de álcool e outras drogas. Você concorda ou discorda? / Totalmente ou em parte?

Concordo totalmente	Concordo em parte	Não concordo nem discordo (SE ESPONTÂNEO)	Discordo em parte	Discordo totalmente	NR
1	2	3	4	5	7

CD. 9. Quando você ouve falar de uso de drogas, que grupo / tipo de pessoas lhe vem primeiramente à cabeça?

Existem pessoas que são consideradas “má influência”. Utilizando a escala abaixo, onde 0 significa que não há influência e 5 significa o máximo de “má influência”, como você considera o convívio com:

Nada 0	1	2	3	4	5 Muito
--------	---	---	---	---	---------

CD.10. Usuários de maconha

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

CD.11. Pessoas que usam anabolizantes (remédios para aumentar a massa muscular) nas academias

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

CD.12. Usuários de álcool

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

CD.13. Usuários de cocaína

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

CD.14. Pessoas que tomam calmantes ou remédios para dormir

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

CD.15. Usuários de crack

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

CD.16. Você simpatiza, é neutro(a) ou não simpatiza com as pessoas que defendem que a maconha deve ser legalizada (deve deixar de ser crime)?

- Simpatiza Não simpatiza
 É neutro(a) NR

CD.17. Em nossa sociedade aprendemos que é mais fácil e rápido resolvermos nossos problemas com o auxílio de remédios. Você concorda ou discorda? Totalmente ou em parte?

Concordo totalmente	Concordo em parte	Não concordo nem discordo (SE ESPONTÂNEO)	Discordo em parte	Discordo totalmente	NR
1	2	3	4	5	7

CD.18. Se um usuário de drogas diminuir a quantidade do uso já poderá ser considerado como alguém em tratamento. Você concorda ou discorda? Totalmente ou em parte?

Concordo totalmente	Concordo Em parte	Não concordo nem discordo (SE ESPONTÂNEO)	Discordo em parte	Discordo totalmente	NR
1	2	3	4	5	7

Qual destas afirmativas aproxima-se mais do seu modo de pensar?

CD.19.

- As decisões sobre a melhor forma de se trabalhar com o usuário de drogas devem ser tomadas pelas pessoas que trabalham na área e pelos estudiosos do assunto.
- Os usuários de drogas têm um saber adquirido na prática sobre os problemas que enfrentam e devem colaborar na construção dos projetos e programas de saúde.

CD.20. Quando você pensa nas razões que levam as pessoas a usarem drogas, o que lhe vem primeiramente à cabeça?

CD.21. A seguir, apresenta-se algumas razões apresentadas pelas pessoas para justificar o uso de drogas. Para você, qual das razões apresentadas é a mais determinante do uso de drogas? (LER OPÇÕES “a” A “f” E MARCAR A MAIS DETERMINANTE) E qual você diria que é a segunda razão mais determinante? (LER OPÇÕES “a” A “h” E MARCAR A SEGUNDA MAIS DETERMINANTE)

	Mais determinante	Segunda mais determinante	NR	NS (ESPONTÂNEO)
a. Para se divertir e/ou experimentar novas sensações	1	2	7	8
b. Para seguir o costume ou tradição da família	1	2	7	8
c. Para se sentir aceito no grupo de amigos ou colegas	1	2	7	8
d. Para se sentir mais forte diante de situações difíceis	1	2	7	8
e. Para esquecer situações penosas ou fugir do sofrimento e/ou da solidão	1	2	7	8
f. Por predisposição genética	1	2	7	8
g. Por influência de outros usuários	1	2	7	8
h. Para trabalhar mais e/ou ter um desempenho melhor	1	2	7	8

CD.22. Para responder esta questão você pensou em alguma substância especificamente?

CD.23. Qual dessas afirmativas mais se aproxima de como você sente / pensa?

- É possível fazer uso de drogas sem tornar-se dependente delas.
- Qualquer uso de drogas leva à dependência.

CD.24. E com relação a estas duas alternativas, qual delas se aproxima mais de como você sente / pensa?

- A dependência está mais relacionada à substância ingerida.
- A dependência está mais relacionada à pessoa que usa a droga.

CD.25. Considerando as razões listadas abaixo, qual delas você considera a mais determinante para levar à dependência de drogas? (LER OPÇÕES “a” A “g” E MARCAR A MAIS DETERMINANTE) E qual você diria que é a segunda razão mais determinante? (LER OPÇÕES “a” A “g” E MARCAR A SEGUNDA MAIS DETERMINANTE)

	Mais determinante	Segunda mais determinante	NR	NS (ESPONTÂNEO)
a. Presença de transtorno psicológico anterior	1	2	7	8
b. Presença de fatores constitucionais / genéticos, que predisõem à dependência	1	2	7	8
c. Ausência de estrutura familiar	1	2	7	8
d. Ausência de perspectivas de vida (projetos a longo prazo, acesso ao mercado de trabalho, composição de um núcleo familiar, etc.)	1	2	7	8
e. Falta de informação sobre o desenvolvimento da dependência	1	2	7	8
f. Influência de amigos/familiares	1	2	7	8
g. Personalidade/ Fraqueza moral, espiritual	1	2	7	8

CD.26. Quando você pensa em drogas, qual substância lhe vem à cabeça como a mais prejudicial para a saúde dos usuários?

CD.27. Considerando as substâncias psicoativas listadas abaixo, qual delas você considera a mais prejudicial para a saúde dos usuários? (LER OPÇÕES “a” A “k” E MARCAR A MAIS PREJUDICIAL). E qual você diria que é a segunda mais prejudicial? (LER OPÇÕES “a” A “k” E MARCAR A SEGUNDA MAIS PREJUDICIAL). E qual destas substâncias você diria que é a menos prejudicial? (LER OPÇÕES “a” A “k” E MARCAR A MENOS PREJUDICIAL)

	Mais prejudicial	Segunda mais prejudicial	Menos prejudicial	Igual para todas (ESPONTÂNEO)	NR
a. Cigarro	1	2	3	4	7
b. Alcool	1	2	3	4	7
c. Maconha	1	2	3	4	7
d. Cocaína	1	2	3	4	7
e. Crack	1	2	3	4	7
f. Tranquilizantes, calmantes, remédios para dormir, remédios para emagrecer	1	2	3	4	7
g. Anabolizantes (remédios para aumentar a massa muscular)	1	2	3	4	7
h. Solventes (lança-perfume, loló, cola de sapateiro, thinner, éter, esmalte, tinta, acetona, gasolina)	1	2	3	4	7
i. Xaropes	1	2	3	4	7
j. Chás alucinógenos (chá de cogumelo, <i>ayahuasca</i>)	1	2	3	4	7
k. Drogas químicas (LSD, ecstasy)	1	2	3	4	7

CD.28. Considerando as substâncias psicoativas listadas abaixo, qual delas você considera a mais prejudicial para a vida social (relações familiares e no trabalho) dos usuários? (LER OPÇÕES “a” A “k” E MARCAR A MAIS PREJUDICIAL) E qual você diria que é a segunda mais prejudicial? (LER OPÇÕES “a” A “k” E MARCAR A SEGUNDA MAIS PREJUDICIAL) E qual destas substâncias você diria que é a menos prejudicial? (LER OPÇÕES “a” A “k” E MARCAR A MENOS PREJUDICIAL)

	Mais prejudicial	Segunda mais prejudicial	Menos prejudicial	Igual para todas (ESPONTÂNEO)	NR
a. Cigarro	1	2	3	4	7
b. Alcool	1	2	3	4	7
c. Maconha	1	2	3	4	7
d. Cocaína	1	2	3	4	7
e. Crack	1	2	3	4	7
f. Tranquilizantes, calmantes, remédios para dormir, remédios para emagrecer	1	2	3	4	7
g. Anabolizantes (remédios para aumentar a massa muscular)	1	2	3	4	7
h. Solventes (lança-perfume, lolô, cola de sapateiro, thinner, éter, esmalte, tinta, acetona, gasolina)	1	2	3	4	7
i. Xaropes	1	2	3	4	7
j. Chás alucinógenos (chá de cogumelo, <i>ayhuasca</i>)	1	2	3	4	7
k. Drogas químicas (LSD, ecstasy)	1	2	3	4	7

RD.1. O que você acha que pode ser feito para reduzir o uso de drogas em nossa sociedade?

RD.2. Agora vou citar algumas formas utilizadas para tentar reduzir o consumo de drogas em nossa sociedade. Como você avalia a eficácia de cada uma delas?(LER OPÇÕES “a” A “i”) (MARCAR UMA RESPOSTA PARA CADA OPÇÃO)

	Muito eficaz	Eficaz	Pouco eficaz	Sem eficácia	NR	NS (ESPONTÂNEO)
a. Campanhas de prevenção e educação, que esclareçam – sem terrorismo – sobre os reais efeitos do uso de drogas e os problemas decorrentes do abuso.	1	2	3	4	7	8
b. Campanhas anti-drogas que mostrem à população que o uso de drogas é errado e ilegal.	1	2	3	4	7	8
c. Campanhas que mostrem como o uso de drogas alimenta a rede do tráfico e contribui para o aumento da violência	1	2	3	4	7	8

d. Ação policial / Repressão ao usuário	1	2	3	4	7	8
e. Combate ao tráfico de drogas	1	2	3	4	7	8
f. Legalização / Descriminalização do uso	1	2	3	4	7	8
g. Internação compulsória	1	2	3	4	7	8
h. Criminalização do uso	1	2	3	4	7	8
i. Projetos que possibilitem a inclusão social do usuário e a construção de projetos a longo prazo / Investimento em educação, esporte, lazer, cultura, etc.	1	2	3	4	7	8

RD.3. Para você qual o melhor tratamento para a dependência de drogas?

RD.4. Como você avalia a eficácia das formas de tratamento para a dependência de drogas listadas abaixo? (LER OPÇÕES “a” A “h”) (MARCAR UMA RESPOSTA PARA CADA OPÇÃO)

	Muito eficaz	Eficaz	Pouco eficaz	Sem eficácia	NR	NS (ESPONTÂNEO)
a. Internação em comunidades ou fazendas terapêuticas	1	2	3	4	7	8
b. Internação hospitalar e tratamento com medicamentos curta e/ou longa.	1	2	3	4	7	8
c. Tratamento em clínicas especializadas, sem internação hospitalar	1	2	3	4	7	8
e. Tratamento psicológico	1	2	3	4	7	8
d. Participação em grupos de ajuda mútua (AA, por exemplo)	1	2	3	4	7	8
f. Tratamentos religiosos	1	2	3	4	7	8
g. Outros tratamentos (acupuntura, florais, etc.)	1	2	3	4	7	8
h. Tratamento CAPSad	1	2	3	4	7	8

RD.5. Por favor, me diga se você realiza, em seu trabalho, alguma destas ações de saúde mental direcionadas aos usuários de álcool, crack e outras drogas. (LER OPÇÕES “a” A “e”) (MARCAR UMA RESPOSTA PARA CADA OPÇÃO)

	Desenvolve	Não desenvolve	NR
a. Identificação dos casos e encaminhamento para tratamento especializado (CAPS)	1	2	7
b. Atendimento dos problemas de saúde decorrentes do uso e abuso de álcool, crack e outras drogas	1	2	7
c. Campanhas de educação e prevenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas	1	2	7
d. Aproximação do usuário e construção de uma relação de confiança com o serviço de saúde	1	2	7
e. Identificação dos casos e encaminhamento para tratamento em comunidades terapêuticas	1	2	7

RD.6. O que você acha mais importante: acabar com todo e qualquer consumo de drogas ou reduzir os problemas (físicos e sociais) que as pessoas sofrem por fazerem uso de drogas?

- Acabar com o consumo
- Reduzir os problemas decorrentes do uso
- NR

RD.7. Você conhece a proposta do Programa de Redução de Danos na abordagem ao usuário de álcool e outras drogas? (LER OPÇÕES)

- Nunca ouviu falar da proposta (VÁ PARA RD.9)
- Já ouviu falar, mas não sabe bem do que se trata (VÁ PARA RD.9)
- Conhece a proposta

RD.8. Se você já conhece a proposta, o que pensa dela?

- Não concorda com a proposta
- Concorda com a proposta, mas não realiza ações de redução de danos em seu trabalho
- Concorda com a proposta e realiza ações de redução de danos em seu trabalho. Qual(is)?

RD.9. A política de redução de danos aceita o fato de que sempre haverá consumo de drogas em nossa sociedade e, por não trabalhar com a ideia de abstinência (interrupção total do uso), adota práticas variadas, para atender a diferentes tipos de usuários, com realidades e padrões de uso diversos. Vou ler agora uma lista de ações de redução de danos e gostaria que me dissesse quais delas: 1) você considera aceitável, podendo executá-la em seu trabalho; 2) considera aceitável, mas não executaria em seu trabalho; ou

	Considera aceitável e poderia adotar em seu trabalho	Considera aceitável, mas não adotaria em seu trabalho	Não considera aceitável	NR	NS (ESPONTANEO)
a. Incentivar a diminuição da frequência e da quantidade de uso	1	2	3	7	8
b. Prestar orientações sobre o uso controlado e responsável (em situações seguras) da droga	1	2	3	7	8
c. Estabelecer, junto como usuário, horário definido, local seguro e higienizado (limpo) para o uso de drogas	1	2	3	7	8
d. Realizar troca de cachimbos usados por cachimbos novos	1	2	3	7	8
e. Incentivar a substituição do uso de substâncias ilegais por substâncias legais	1	2	3	7	8
f. Realizar ações de consultório de rua	1	2	3	7	8
g. Informar sobre procedimentos que reduzem os riscos e os danos associados ao uso	1	2	3	7	8

3) não considera aceitável? (LER OPÇÕES “a” A “g”) (MARCAR UMA RESPOSTA PARA CADA OPÇÃO)

RD.10. Como você se sentiria se tivesse de atuar junto aos usuários de crack, álcool e outras drogas, adotando a proposta da redução de danos como mais uma alternativa de trabalho?

O questionário encerra-se aqui. Desculpe-nos o transtorno e obrigado pelo tempo e cooperação em nos responder!

*ATENÇÃO ENTREVISTADOR:***COLOCAR O CADERNO DE RESPOSTA NO ENVELOPE**

Hora exata de término: _____

QUESTÕES A SEREM RESPONDIDAS PELO ENTREVISTADOR APÓS A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1.2) A entrevista foi interrompida alguma vez?

Não.

Sim. Motivo: _____

2.2) Qual a sua impressão sobre a motivação do(a) entrevistado(a) para responder o questionário? O(a) entrevistado(a) estava...

Muito motivado.

Pouco motivado.

Mais ou menos motivado.

Nem um pouco motivado.

3.2) Qual a sua impressão sobre a sinceridade do(a) entrevistado(a) ao responder ao questionário? O(a) entrevistado(a) pareceu-lhe...

Bastante sincero(a).

Mais ou menos sincero(a).

Pouco sincero(a)

Nem um pouco sincero(a).

Observações e comentários sobre a entrevista:

Anote no verso os comentários sobre o entrevistado que possam ajudar a entender melhor as respostas dadas ou recusas às questões. Comente também a situação da entrevista (como outras pessoas presentes, interrupções etc.)

ANEXO B – QUESTÕES UTILIZADAS NA PESQUISA**Profissionais**

- Assistente Social
- Enfermeiro(a)
- Médico(a)
- Psicólogo(a)
- Fisioterapeuta
- Terapeuta ocupacional
- Educador Físico
- Farmacêutico
- Fonoaudiólogo
- Nutricionista

I.1; I.2, I.7, CD1, CD2, CD3, CD7, CD8, CD18, CD19, CD23, CD24, RD2, RD4, RD5, RD7, RD8, RD9

Gostaria de iniciar com algumas perguntas gerais sobre você.

I.1. Qual é a sua idade? _____ anos

I.2. Nível de escolaridade?

- Graduação completa
- Especialização incompleta (Qual? _____)
- Especialização completa (Qual? _____)
- Residência (Qual? _____)
- Mestrado incompleto (Área? _____)
- Mestrado completo (Área? _____)
- Doutorado incompleto (Área? _____)

- Doutorado completo (Área? _____)
- Pós-doutorado (Área? _____)

I.3. Sexo

- Masculino
- Feminino

I.7. (C.R., p.0x) Qual sua religião?

- Católica Evangélica Espírita Não possui Outra: _____

CM.6. Agora nós gostaríamos de saber como você se sente frente a diferentes grupos. Algumas pessoas dizem que conviveriam facilmente com determinados grupos de pessoas e que conviveriam com dificuldades com outros grupos. Existem pessoas ainda que dizem que não conviveriam de forma alguma com determinados grupos. Por favor, como seria para você conviver com: (LER OPÇÕES “a” A “f”)

	Conviveria facilmente	Conviveria com dificuldades	Não conviveria	NR	NS (ESPONTÂNEO)
a. Homossexuais	1	2	3	7	8
b. Ex-detentos / presidiários	1	2	3	7	8
c. Pessoas com HIV/AIDS	1	2	3	7	8
d. Doentes mentais	1	2	3	7	8
e. Usuários de álcool	1	2	3	7	8
f. Usuário de maconha	1	2	3	7	8
g. Usuários de drogas injetáveis	1	2	3	7	8
h. Usuários de cocaína	1	2	3	7	8
i. Usuários de Crack	1	2	3	7	8

Por favor, diga em que grau você concorda ou discorda das seguintes afirmações:

CD.1. (C.R.,p.x)

- Qualquer tipo de uso que se faça de uma droga, seja ela legal ou ilegal, trará problemas ao usuário.

É possível fazer uso de drogas, seja ela legal ou ilegal, sem que isso acarrete problemas físicos e/ou psicológicos ao usuário.

CD.2.

Deve haver um aumento no combate ao tráfico de drogas e distribuição para que haja uma diminuição do consumo.

Deve haver um aumento na prevenção e tratamento dos usuários para que haja uma diminuição do consumo.

CD.3.

O usuário de drogas é um cidadão com direito a ser respeitado em suas escolhas, mas caso esteja fazendo mau uso de substâncias deve ser tratado, mesmo que contra sua vontade.

O usuário de drogas é um cidadão com direito a tratamento médico especializado, independente do uso que faça das substâncias.

CD.7. As crianças e adolescentes que utilizam álcool e outras drogas o fazem por culpa dos pais. Você concorda ou discorda? / Totalmente ou em parte?

Concordo totalmente	Concordo em parte	Não concordo nem discordo (SE ESPONTÂNEO)	Discordo em parte	Discordo totalmente	NR
1	2	3	4	5	7

CD.8. As crianças e adolescentes em condição de rua/abandono estão nessa condição em geral devido ao uso que fizeram de álcool e outras drogas. Você concorda ou discorda? / Totalmente ou em parte?

Concordo totalmente	Concordo em parte	Não concordo nem discordo (SE ESPONTÂNEO)	Discordo em parte	Discordo totalmente	NR
1	2	3	4	5	7

CD.18. Se um usuário de drogas diminuir a quantidade do uso já poderá ser considerado como alguém em tratamento. Você concorda ou discorda? Totalmente ou em parte?

Concordo totalmente	Concordo Em parte	Não concordo nem discordo (SE ESPONTÂNEO)	Discordo em parte	Discordo totalmente	NR
1	2	3	4	5	7

Qual destas afirmativas aproxima-se mais do seu modo de pensar?

CD.19.

- As decisões sobre a melhor forma de se trabalhar com o usuário de drogas devem ser tomadas pelas pessoas que trabalham na área e pelos estudiosos do assunto.
- Os usuários de drogas têm um saber adquirido na prática sobre os problemas que enfrentam e devem colaborar na construção dos projetos e programas de saúde.

CD.23. Qual dessas afirmativas mais se aproxima de como você sente / pensa?

- É possível fazer uso de drogas sem tornar-se dependente delas.
- Qualquer uso de drogas leva à dependência.

CD.24. E com relação a estas duas alternativas, qual delas se aproxima mais de como você sente / pensa?

- A dependência está mais relacionada à substância ingerida.
- A dependência está mais relacionada à pessoa que usa a droga.

RD.2. Agora vou citar algumas formas utilizadas para tentar reduzir o consumo de drogas em nossa sociedade. Como você avalia a eficácia de cada uma delas?(LER OPÇÕES “a” A “i”) (MARCAR UMA RESPOSTA PARA CADA OPÇÃO)

	Muito eficaz	Eficaz	Pouco eficaz	Sem eficácia	NR	NS (ESPONTÂNEO)
a. Campanhas de prevenção e educação, que esclareçam – sem terrorismo – sobre os reais efeitos do uso de drogas e os problemas decorrentes do abuso.	1	2	3	4	7	8
b. Campanhas anti-drogas que mostrem à população que o uso de drogas é errado e ilegal.	1	2	3	4	7	8
c. Campanhas que mostrem como o uso de drogas alimenta a rede do tráfico e contribui para o aumento da violência	1	2	3	4	7	8
d. Ação policial / Repressão ao usuário	1	2	3	4	7	8
e. Combate ao tráfico de drogas	1	2	3	4	7	8
f. Legalização / Descriminalização do uso	1	2	3	4	7	8
g. Internação compulsória	1	2	3	4	7	8
h. Criminalização do uso	1	2	3	4	7	8
i. Projetos que possibilitem a inclusão social do usuário e a construção de projetos a longo prazo / Investimento em educação, esporte, lazer, cultura, etc.	1	2	3	4	7	8

RD.4. Como você avalia a eficácia das formas de tratamento para a dependência de drogas listadas abaixo? (LER OPÇÕES “a” A “h”) (MARCAR UMA RESPOSTA PARA CADA OPÇÃO)

	Muito eficaz	Eficaz	Pouco eficaz	Sem eficácia	NR	NS (ESPONTÂNEO)
a. Internação em comunidades ou fazendas terapêuticas	1	2	3	4	7	8
b. Internação hospitalar e tratamento com medicamentos curta e/ou longa.	1	2	3	4	7	8
c. Tratamento em clínicas especializadas, sem internação hospitalar	1	2	3	4	7	8
e. Tratamento psicológico	1	2	3	4	7	8
d. Participação em grupos de ajuda mútua (AA, por exemplo)	1	2	3	4	7	8
f. Tratamentos religiosos	1	2	3	4	7	8
g. Outros tratamentos (acupuntura, florais, etc.)	1	2	3	4	7	8
h. Tratamento CAPSad	1	2	3	4	7	8

RD.5. Por favor, me diga se você realiza, em seu trabalho, alguma destas ações de saúde mental direcionadas aos usuários de álcool, crack e outras drogas. (LER OPÇÕES “a” A “e”) (MARCAR UMA RESPOSTA PARA CADA OPÇÃO)

	Desenvolve	Não desenvolve	NR
a. Identificação dos casos e encaminhamento para tratamento especializado (CAPS)	1	2	7
b. Atendimento dos problemas de saúde decorrentes do uso e abuso de álcool, crack e outras drogas	1	2	7
c. Campanhas de educação e prevenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas	1	2	7
d. Aproximação do usuário e construção de uma relação de confiança com o serviço de saúde	1	2	7
e. Identificação dos casos e encaminhamento para tratamento em comunidades terapêuticas	1	2	7

RD.6. O que você acha mais importante: acabar com todo e qualquer consumo de drogas ou reduzir os problemas (físicos e sociais) que as pessoas sofrem por fazerem uso de drogas?

- Acabar com o consumo
- Reduzir os problemas decorrentes do uso
- NR

RD.7. Você conhece a proposta do Programa de Redução de Danos na abordagem ao usuário de álcool e outras drogas? (LER OPÇÕES)

- Nunca ouviu falar da proposta (VÁ PARA RD.9)
- Já ouviu falar, mas não sabe bem do que se trata (VÁ PARA RD.9)
- Conhece a proposta

RD.8. Se você já conhece a proposta, o que pensa dela?

- Não concorda com a proposta
- Concorda com a proposta, mas não realiza ações de redução de danos em seu trabalho
- Concorda com a proposta e realiza ações de redução de danos em seu trabalho. Qual(is)?
-

RD.9. A política de redução de danos aceita o fato de que sempre haverá consumo de drogas em nossa sociedade e, por não trabalhar com a ideia de abstinência (interrupção total do uso), adota práticas variadas, para atender a diferentes tipos de usuários, com realidades e padrões de uso diversos.

Vou ler agora uma lista de ações de redução de danos e gostaria que me dissesse quais delas:

1) você considera aceitável, podendo executá-la em seu trabalho; 2) considera aceitável, mas não executaria em seu trabalho; ou 3) não considera aceitável? (LER OPÇÕES “a” A “g”)

(MARCAR UMA RESPOSTA PARA CADA OPÇÃO)

	Considera aceitável e poderia adotar em seu trabalho	Considera aceitável, mas não adotaria em seu trabalho	Não considera aceitável	NR	NS (ESPONTÂNEO)
a. Incentivar a diminuição da frequência e da quantidade de uso	1	2	3	7	8
b. Prestar orientações sobre o uso controlado e responsável (em situações seguras) da droga	1	2	3	7	8
c. Estabelecer, junto com o usuário, horário definido, local seguro e higienizado (limpo) para o uso de drogas	1	2	3	7	8
d. Realizar troca de cachimbos usados por cachimbos novos	1	2	3	7	8
e. Incentivar a substituição do uso de substâncias ilegais por substâncias legais	1	2	3	7	8
f. Realizar ações de consultório de rua	1	2	3	7	8
g. Informar sobre procedimentos que reduzem os riscos e os danos associados ao uso	1	2	3	7	8

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC****CENTRO DE HUMANIDADES****DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

PESQUISA: Concepções e ações de profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família–NASF de Fortaleza-CE sobre Saúde Mental, Drogas (crack, álcool e outras drogas) e Redução de Danos na Atenção Primária

Coordenador: Dr. Aluísio Ferreira de Lima

Prezado (a) colaborador (a),

Você é convidado (a) a participar desta pesquisa, que tem como finalidade conhecer as concepções e ações de saúde mental dos profissionais das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF do município de Fortaleza/CE, acerca do uso de drogas, dos problemas relacionados ao abuso e/ou dependência e redução de danos, no contexto da Atenção Primária.

1.PARTICIPANTES DA PESQUISA: Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família–NASF atuantes nos CSF. Participarão da pesquisa somente os voluntários que, convidados a colaborar, concordem.

2. ENVOLVIMENTO NA PESQUISA: Ao participar deste estudo você deve responder a um questionário composto por cinco partes, envolvendo questionamentos com itens objetivos e subjetivos acerca do uso de drogas, dos problemas relacionados ao abuso e/ou dependência e redução de danos, no contexto da Atenção Primária. **Lembramos que você tem a liberdade de se recusar a participar e pode ainda deixar de responder em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Além disso, ainda tem o direito de ficar com uma das vias do termo de consentimento.** Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Para isso, poderá entrar em contato com o coordenador da pesquisa.

3. RISCOS E DESCONFORTOS: A participação nesta pesquisa não traz complicações, talvez, apenas, algum constrangimento que algumas pessoas sentem quando estão fornecendo informações sobre si mesmas. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa seguem as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e não oferecem risco a sua integridade física, psíquica e moral. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos a sua dignidade.

4. CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento das respostas, seu nome não será mencionado em nenhum momento. Todos os dados serão analisados em conjunto, garantindo o caráter anônimo das informações. Os resultados poderão ser utilizados em eventos e publicações científicas.

5. BENEFÍCIOS: Ao participar desta pesquisa você não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, espera-se que a mesma nos forneça dados importantes acerca de como as pessoas pensam e como se sentem em relação ao trabalho que realizam no âmbito da saúde mental, especialmente frente aos desafios do uso e abuso de álcool, crack e outras drogas.

6. PAGAMENTO: Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa. E nada será pago por sua participação. Entretanto, se você desejar, poderá ter acesso a cópias dos relatórios da pesquisa contendo os resultados do estudo. Para tanto, entre em contato com o pesquisador responsável no endereço abaixo.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima

Instituição: Universidade Federal do Ceará – Depto. de Psicologia

Endereço: Av. da Universidade 2762 – Benfica – Fortaleza - CE

Telefones p/contato: 3366-7661/ 9619-6343

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo

Telefone: 3366.8344

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO COMO SUJEITO

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA

SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Nome do participante: _____

Nome do membro da equipe de pesquisa: _____

Local e Data: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do membro da equipe de pesquisa: _____

Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima

Coordenador do Projeto

ANEXO D – PARECER COM APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Concepções e ações de profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF de Fortaleza-CE sobre Saúde Mental, Drogas (crack, álcool e outras drogas) e Redução de Danos na Atenção Primária

Pesquisador: ALUISIO FERREIRA DE LIMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17475813.4.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Departamento de Psicologia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 492.539

Data da Relatoria: 19/12/2013

Apresentação do Projeto:

Este projeto tem por objeto estudar as concepções e ações de saúde mental, mais especificamente no campo do crack, álcool e outras drogas, dos profissionais integrantes das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF do município de Fortaleza - Ceará acerca do usuário, do uso de drogas, dos problemas relacionados ao abuso e/ou dependência e redução de danos na Atenção Primária. Pretende-se analisar se as concepções sobre drogas, e sua intrínseca articulação com os valores políticos, sociais e morais dos profissionais, possibilitam ou limitam a adoção de ações de redução de danos direcionadas aos usuários de drogas. Para tanto realizaremos uma pesquisa quantitativa descritiva, com uso de questionário aplicado em entrevista face-a-face, em uma população de aproximadamente 191 profissionais de 25 equipes do NASF (Fisioterapeuta, Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Educador Físico, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional e Nutricionista). Com a realização da pesquisa acreditamos que será possível verificar o nível de aceitação da proposta da redução de danos, o conhecimento dos seus fundamentos ideológicos, os valores que embasam a atuação dos profissionais, bem como evidenciar os limites e problemas que podem descaracterizar e inviabilizar as ações de saúde mental na atenção básica, no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.450-270
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3362-8344 Fax: (85)3323-2903 E-mail: corfape@ufc.br

Continuação do Parecer: 492.539

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Pesquisar as concepções e ações de saúde mental dos profissionais das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF do município de Fortaleza/CE, acerca do uso de drogas, dos problemas relacionados ao abuso e/ou dependência e redução de danos, no contexto da Atenção Primária. **Objetivo Secundário:** Identificar as concepções e ações dos trabalhadores do NASF no campo da saúde mental, mais especificamente do crack, álcool e outras drogas; Conhecer as dificuldades e facilidades encontradas pelos profissionais do NASF para a implementação de ações de Redução de Danos na Atenção Primária; Compreender as fragilidades dos NASF do município de Fortaleza no que se refere às ações em Saúde Mental na Atenção Primária, principalmente frente ao uso problemático de drogas; Produzir análise que ofereça elementos para o aperfeiçoamento e promoção de estratégias dos NASF, especificamente para a realização de ações frente ao uso problemático de crack, álcool e outras drogas. Oferecer dados significativos para o SUS, de modo a orientar novas ações de formação permanente dos profissionais dos NASF no que se refere às ações em Saúde Mental na Atenção Primária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A participação nesta pesquisa não traz complicações, talvez, apenas, algum constrangimento que algumas pessoas sentem quando estão fornecendo informações sobre si mesmas.

Benefícios: A pesquisa em si não possui uma aplicação imediata, todavia, acreditamos que a partir dos resultados da avaliação das concepções e ações de saúde mental, Drogas (crack, álcool e outras drogas) e Redução de Danos dos profissionais integrantes das equipes dos NASF será possível o vislumbre de estratégias para o aperfeiçoamento dos NASF e das ações em saúde mental na Atenção Primária. Entre os resultados esperados podemos destacar: Para a população beneficiada - Ações de prevenção à reinternação psiquiátrica - Promoção de saúde mental aos usuários de crack, álcool e outras drogas e seus familiares. Para a Rede de Atenção em Saúde Mental - Compreensão das concepções ligadas à saúde mental, crack e outras drogas no município. - Elaboração de estratégias visando a uma abordagem de redução de danos em perspectiva de consultório de rua. - Promoção da integração dos CAPS e com a estratégia NASF. - Mapeamento de vulnerabilidade programática nos territórios de Fortaleza quanto às ações frente ao uso de crack e outras drogas de saúde mental. - Qualificação e maior integração do apoio matricial em saúde mental. Para a atenção em Saúde Mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, na Saúde da Família - Avaliação das fragilidades e potencialidades das equipes do

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 492.539

NASF para avaliar e promover ações de Saúde Mental e RD juntos aos portadores de transtornos mentais e usuários de substâncias psicoativas na Atenção Primária. - Redução do estigma ao transtorno mental e ao usuário de substâncias psicoativas por parte dos profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresentar as concepções e ações de saúde mental dos profissionais das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF do município de Fortaleza/CE, acerca do uso de drogas, dos problemas relacionados ao abuso e/ou dependência e redução de danos, no contexto da Atenção Primária, de modo a oferecer dados significativos para o SUS, de modo a orientar novas ações de formação permanente dos profissionais dos NASF no que se refere às ações em Saúde Mental na Atenção Primária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados.

Recomendações:

Sem Recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 13 de Dezembro de 2013

Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br