



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ALINE PACHECO EUGÊNIO



**POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E DROGAS**

CUITÉ – PB
2018

ALINE PACHECO EUGÊNIO

**POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E DROGAS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, *Campus Cuité* como exigência obrigatória para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Gigliola Marcos Bernardo de Lima

CUITÉ – PB
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes CRB 15 256

E8p Eugênio, Aline Pacheco.

Política de redução de danos: concepção de profissionais de centros de atenção psicossocial de álcool e drogas. / Aline Pacheco Eugênio. Cuité: CES, 2018.

60 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem)
Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2018.

Orientadora: Gigliola Marcos Bernardo de Lima.

1. Saúde mental. 2. Usuários de drogas. 3. Redução de dano. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 613.86

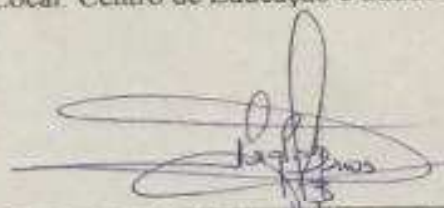
ALINE PACHECO EUGÊNIO

**POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS
DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E DROGAS**

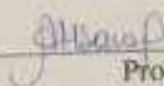
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, *Campus Cuité* como exigência obrigatória para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Data da Defesa: 28 /Fevereiro /2018

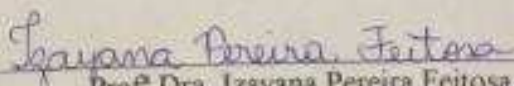
Local: Centro de Educação e Saúde- UFCG



Prof.^a Dra. Gigliola Marcos Bernardo de Lima
Orientadora



Prof.^a Dra. Alynne Mendonça Saraiva Nagashima
Examinadora



Prof.^a Dra. Izayana Pereira Feitosa
Examinadora

CUITÉ-PB

2018

AGRADECIMENTOS

Ao Universo: Pelo direcionamento a esse caminho, que provavelmente não será meu pouso final, mas devo agradecer por cada situação que enfrentei no decorrer da graduação. Somos apenas jovens imaturos quando chegamos a Universidade, saímos do conforto de nosso lar para vivenciar oportunidades únicas que contribuem com o amadurecimento e crescimento pessoal e profissional. Então, Gratidão ao Universo, por enfrentar comigo cada obstáculo e por me ensinar que tudo passa e devemos tirar da situação sempre o seu melhor, por ter me ensinado a acreditar no meu potencial e na minha paz interior para poder seguir em frente a cada nova etapa que passamos no decorrer da graduação e principalmente, por ser quem sou hoje.

Aos Meus Pais: Esses que me ensinaram a essência da vida. Quero agradecer pelos esforços realizados para que eu pudesse chegar até aqui. Muitas vezes abdicaram dos próprios sonhos e desejos para promover a realização da minha formação profissional, para que eu alcançasse voos mais altos. Gratidão pela confiança, pelo amor, pelo carinho e até mesmo gostaria de desculpar-me por toda a ausência. Foram dias de saudades, foram noites sem dormir, mas hoje tudo passa como um filme e vejo o quanto o apoio dos meus pais foi essencial, para eu alcançar esse objetivo, pois foi com o apoio deles que eu criei forças e vontade para dar cada passo em direção a sonhada colação de grau. E sei que será com o apoio deles que eu continuarei minha trajetória em busca de minhas realizações profissionais e pessoais. Mãe e Pai, amo vocês e a vocês devo à vida.

À Minha Avó: Pessoa que sempre esteve comigo, a quem eu amo com toda força do meu ser, um exemplo de mulher, um exemplo de superação, minha avó Lindalva Pacheco, por contribuir com sua fé e por acreditar em meu potencial.

Ao Meu Noivo: Por cada dia, por cada hora, por cada minuto em que eu pude contar com você, por proporcionar e fazer de tudo que podia e até não podia para facilitar minha vida, por ter suportado minhas crises de estresses, meu tempo limitado e minha ausência, gratidão pela compreensão e pela ajuda, eu jamais esquecerei cada atitude que você tomou para tornar a minha vida acadêmica mais fácil, você realmente entrou no barco comigo e me ajudou a remar e me ofertou uma importante contribuição ao dividir comigo meus medos, anseios, por ser abrigo quando o cansaço chegava e era no teu abraço que eu encontrava a leveza da vida e me fazer acreditar que tudo sempre daria certo, você pegou minha mão e carregou comigo cada sentimento e hoje o sentimento de gratidão ilumina meu ser, então à você todo o meu amor e meu reconhecimento.

Ao meu irmão: Pela força, pelo carinho, pelo estímulo, sempre me incentivando e acreditando na minha capacidade.

Aos Parentes: Gratidão aos tios, primos, sogra, cunhadas e outros parentes, pelos conselhos, pelo carinho, pelo apoio, por vibrar comigo diante das conquistas e impulsionar a seguir, diante dos obstáculos.

As minhas orientadoras: Inicialmente à minha primeira orientadora, que infelizmente por motivos superiores não pode concluir esse trabalho junto a mim, minha gratidão pela semente que plantou a partir do momento que me apresentou a saúde mental e a redução de danos: Profa. Dra. Francilene Figueiredo. Gratidão também a minha segunda orientadora Profa. Dra. Gigliola Bernardo, a qual, sem medir esforços, quando me deparei diante das dificuldades, estendeu-me as mãos e me deu o suporte necessário para fazer dar certo a finalização desse projeto e também por ter sido sempre uma pessoa de luz.

Aos Amigos: Vivenciamos muitos momentos de alegria, de brincadeiras e distrações, momentos de boas risadas e muito companheirismo, mas também nos momentos de tristeza, de angústia e pressão que a universidade em si nos impõe, dessa forma, e vocês estavam presentes quando as situações eram desagradáveis, momentos de perdas, tristezas e estresses. Foram esses amigos, que muitas vezes me deu suporte quando a saudade de casa era motivo de lágrimas, quando o medo e a exaustão chegavam. Devo agradecer a todos, principalmente aos que ficaram.

Aos Colaboradores da Pesquisa: Que se disponibilizaram para a concretização dessa pesquisa, sem vocês esse trabalho não seria possível, gratidão!

Aos membros da banca examinadora: Profa. Dra. Alynne Mendonça e Profa. Dra. Izayana Feitosa, pela disponibilidade, participação e contribuição para que esse trabalho possa sempre ser aperfeiçoado, gratidão!

Aos professores de Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité: Por partilhar conhecimentos e experiências inefáveis, conselhos e palavras de apoio.

A todos, minha eterna Gratidão. Muita paz, luz e boas energias para seguir essa passagem na qual chamamos de vida.

*“ O que melhora o atendimento é o contato afetivo de uma pessoa com outra.
O que cura é a alegria, o que cura é a falta de preconceito”.*

Nise da Silveira

RESUMO

PACHECO, A.P. **POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E DROGAS**. 2018. 61f. Monografia (Curso de Bacharelado em Enfermagem). Universidade Federal de Campina Grande. Cuité- PB.

Redução de Danos (RD) é um conjunto de estratégias e práticas que tem o objetivo de minimizar os danos e riscos associados ao uso de substâncias psicoativas em indivíduos que não alcançam ou não optam pela abstinência. Diante da inclusão dessa política na atenção integral aos usuários de Álcool e outras Drogas, esse estudo teve como objetivo geral analisar a concepção de profissionais de saúde de centros de atenção psicossocial de álcool e drogas sobre a política de Redução de Danos. Os pressupostos metodológicos deste estudo foram ancorados na abordagem quanti-qualitativa do tipo exploratória-descritiva. Para o levantamento de dados e extração do material empírico foi utilizado um roteiro de entrevista do tipo semiestruturado. Os dados qualitativos obtidos foram apresentados sob a forma de quadros à luz do Discurso do Sujeito Coletivo e os dados quantitativos foram apresentados sob a forma de tabelas. Os resultados expressaram que apesar da inclusão da RD como uma medida de saúde pública para a promoção de saúde e prevenção de agravos, nota-se ainda uma carência relacionada a implementação e a concepção do tema, no entanto compreendem a política e suas estratégias como uma medida efetiva de cuidado, quando se considera o indivíduo, a sua particularidade, autonomia e como protagonista da construção do seu cuidado. O estudo indica que apesar dos avanços alcançados e do reconhecimento que atualmente a RD atingiu, ainda há muito que se avançar para que se consiga incluir de modo efetivo os Programas de Redução de Danos como uma forma de cuidado. Espera-se que este estudo possa ser uma ferramenta de sensibilização para gestores, profissionais e estudantes a sobre a aplicabilidade destas estratégias, ressaltando sua importância quanto um novo modelo de atenção de um cuidado humanizado que promova melhor qualidade de vida e acesso a serviços e informações de saúde aos usuários de álcool e drogas.

Palavras-Chaves: Redução do Dano, Saúde Mental, Usuários de Drogas.

ABSTRACT

PACHECO, A, P. DAMAGE REDUCTION POLICY: CONCEPTION OF PROFESSIONALS OF PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS FOR ALCOHOL AND DRUGS. 2018. 61p. Monography (Nursing Bachelor's Degree). Federal University of Campina Grande. I reckoned- PB.

Damage Reduction (RD) is a set of policies and practices that have objective to reduce the damages associated with the use of psychoactive substances in people who can't or don't they opt for abstinence. Faced with the inclusion of this policy in the integral attention to users of Alcohol and other Drugs. In this perspective, this study was had as general objective to analyze the conception of health professionals of centers of psychosocial attention of alcohol and drugs on the policy of damage Reduction. The methodological assumptions of this study were anchored in the quantitative-qualitative approach of the exploratory-descriptive type. For the lifting data and extraction of the empirical material an interview script of the semistructured type was used. The qualitative data obtained were presented in the form of frames in the light of the Discourse of the Collective Subject and the quantitative data were presented in the form of tables. The results expressed that despite the inclusion of DR as a public health measure for health promotion and prevention of diseases, there's still a lack related to the implementation and conception of the theme, however they understand politics and its strategies as a effective measure of care, when considering the individual and it's singularity, particularity and autonomy and as protagonist of the construction of his care. The study indicates that despite the advances achieved and the recognition that the DR currently had attained, there' s still a lot of that advance to be made to include effectively damage Reduction Programs as a form of to carefull. It's hoped that this study may be a tool an awareness for managers, professionals and students on the applicability of these strategies, highlighting their importance as a new model of the care attention of a humanized care that promotes better quality of life and access to services and information of the health the users of alcohol and drug.

Keywords: Damage Reduction, Mental Health, Drug User.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sócio demográfica da amostra do estudo. Guarabira e Campina Grande Novembro (2017) – Janeiro (2018)	Pg.30
---	-------

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Caracterização relacionada as especializações e pós-graduações realizadas pelos entrevistados. Guarabira e Campina Grande. Novembro (2017) - Janeiro (2018)Pg.32

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “ O que você conhece sobre Redução de Danos? ”Pg.33
- Quadro 2.** Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “ Quanto política, qual seu entendimento? ”Pg.37
- Quadro 3.** Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “ Existem ações de redução de danos colocadas em prática nesse serviço? Se sim, quais? ”Pg.39
- Quadro 4.** Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Existem fatores que dificulte o desenvolvimento dessas ações/estratégias? Se sim, quais?Pg.41
- Quadro 5.** Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Como você avalia a política de redução de danos quanto uma medida de saúde pública? ”Pg.44

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CR – Consultório de Rua

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

DSTs- Doenças Sexualmente Transmissíveis

IC – Ideias Centrais

ONGs- Organizações não governamentais

PEAD – Prevenção em Álcool e Drogas

PRD – Programa de Redução de Danos

PTS – Programa de Troca de Seringa

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial a Saúde

RAS- Rede de Atenção a Saúde

RD – Redução de Danos

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SNC – Sistema Nervoso Central

SPAs- Substâncias Psicoativas

SUS- Sistema Único de Saúde

UDI – Usuários de Drogas Injetáveis

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo Geral:.....	17
2.2 Objetivos Específicos:.....	17
3. REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 Considerações gerais sobre o consumo de substâncias psicoativas	18
3.2 Breve resgate histórico das políticas sobre drogas no Brasil	19
3.3 Redução de Danos e sua implementação nos serviços de saúde no Brasil	20
4. CAMINHO METODOLÓGICO	25
4.1 Tipo de Pesquisa	25
4.2 Local de Pesquisa.....	25
4.3 População e amostra/ Critérios de inclusão e exclusão.....	26
4.4 Instrumento para a Coleta de Dados	26
4.5 Aspectos éticos da pesquisa	26
4.6 Procedimento para coleta de dados	27
4.7 Análise dos dados.....	28
4.8 Financiamento	28
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	30
5.1 Delineamento do Estudo	30
5.2 Caracterização da Amostra.....	30
5.3 Material Empírico	33
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	54

1. INTRODUÇÃO

O consumo de drogas e substâncias psicoativas pelo ser humano, acontece desde civilizações antigas, muitas vezes utilizadas por meio de rituais, com significados espirituais, com fins medicinais, entre outros. Com o passar dos anos, o consumo de substâncias psicoativas passou a existir além do âmbito religioso e cultural, para um consumo de forma recreativa e conseqüentemente com margens à dependência (MACIEL; VARGAS, 2015).

Devido ao aumento do consumo de drogas, as conseqüências do uso indevido e abusivo provocaram além dos agravos relacionadas a saúde dos indivíduos, como a disseminação do HIV/AIDS e a dependência química, mas também relacionadas aos problemas psicológicos, psicossociais e interpessoais, perda da produtividade, abandono do trabalho ou perda do mesmo, acidentes, mortes precoces e até mesmo problemas legais (CLARO et al., 2015). Dessa forma, o Brasil vem utilizando políticas proibicionistas, que visavam apenas à abstinência. No entanto, as políticas de proibição não são suficientes para atender as demandas, necessidades e as singularidades dos usuários de álcool e outras drogas, sendo assim, tornaram necessárias implementação de políticas de saúde pública, que vislumbrassem melhor qualidade de vida a esse público, com destaque para a Redução de Danos (RD) (MACHADO; BOARINI, 2013).

Segundo Inglez-dias et al. (2014), a Política de Redução de Danos (PRD) está relacionada ao uso de drogas e refere-se a um conjunto de ações voltadas não só para o consumo de drogas propriamente dito, mas também para diversos temas que envolvem esse consumo, tais como: a violência, prevenção e atenção em HIV/ AIDS e outras doenças transmissíveis, bem como suporte social e de saúde as populações consideradas marginalizadas, utilizando-se de estratégias que tenham como objetivo minimizar os danos e riscos associados ao consumo, respeitando a autonomia e poder de decisão dos usuários.

A primeira iniciativa de RD no Brasil foi voltada aos Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) na cidade de Santos, São Paulo. No momento o propósito era reduzir a disseminação do HIV, pois Santos apresentavam as taxas mais elevadas da infecção em todo Brasil (INGLEZ-DIAS et al., 2014).

Com o passar dos anos, a política de RD foi se incorporando à legislação brasileira gradativamente, conquistando seu espaço no âmbito de políticas públicas e ampliando suas ações, as que a princípio visavam apenas à prevenção do HIV entre UDIs, passaram a enxergar todos os usuários e os possíveis danos que cada substância pode causar psicologicamente, fisicamente e socialmente (MACHADO; BOARINI, 2013). Dessa forma, a PRD migrou do

campo exclusivo das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) para o campo da saúde mental (SOUZA, 2013).

Atuando no campo da saúde mental, a RD passou a incluir em suas ações, além de trocas de seringas, diversas outras atividades, dentre elas, a reinclusão social dos usuários, ensino do autocuidado, distribuição de preservativos, orientações e educação e saúde, não apenas para dependentes de substâncias ilícitas, como a maconha, cocaína, heroína e outros, mas também ações que envolvam as substâncias lícitas, como medicações, tabaco e o álcool (MACIEL; VARGAS, 2015).

Vale ressaltar que na RD o cidadão é colocado como protagonista no seu cuidado e na sua saúde, as atividades praticadas respeitam as escolhas individuais, inclusive na decisão de querer parar por absoluto o uso da substância psicoativa ou não. A RD não é contra a abstinência como meta, porém caso não seja possível por condições clínicas e/ou pelo desejo do usuário, haverá um incentivo ao uso da substância de forma menos prejudicial e danosa, prezando pelo bem-estar físico e social dos indivíduos (MACIEL; VARGAS, 2015).

As práticas de redução de danos devem ser realizadas em diversos cenários com o objetivo de descentralizar a assistência, trabalhando com redes e linhas de cuidado, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Droga (CAPS AD), devido a sua importância relacionada ao campo da saúde mental, por ter a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental do seu território, necessitando de articulação permanente com outros setores (TISSOT et al., 2015). Por este aspecto, é relevante investigar acerca do conhecimento dos profissionais de saúde do Centro de Atenção Psicossocial AD, sobre política de RD e o desenvolvimento das práticas no serviço.

A motivação em realizar o presente estudo foi consubstanciada a partir da disciplina de Saúde Mental do curso de enfermagem no Campus de Cuité da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), por esta abordar as mais diversas formas de cuidado em saúde mental, bem como a Política de Redução de Danos. Foi então a partir do conhecimento sobre essa temática que despertou o interesse em aprofundar a referida temática e ampliar o conhecimento sobre como essa política é dialogada ou implementada em Centros de Atenção Psicossociais de Álcool e outras Drogas.

Neste contexto, emergiram as seguintes questões norteadoras desse estudo: qual o conhecimento existente entre os profissionais da saúde que atuam em Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas sobre a política de Redução de Danos? Qual a aplicabilidade dessa política no setor citado? Quais as ações utilizadas pelos profissionais para realizar a Redução de Danos em Centro de Atenção estudo Psicossocial de Álcool e outras

Drogas? Quais os fatores que dificultam na realização dessas ações? Como política de saúde pública, como ela é avaliada pelos profissionais de saúde?

Assim, segue os objetivos propostos para este.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Analisar a concepção de profissionais de saúde de Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas dos municípios de Guarabira e Campina Grande sobre a Política de Redução de Danos.

2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar o perfil sociodemográfico e profissional dos entrevistados;
- Descrever as ações de Redução de Danos utilizadas pelos profissionais entrevistados;
- Evidenciar os fatores que dificultam o desenvolvimento das estratégias de Redução de Danos;
- Identificar o posicionamento dos entrevistados em relação a estratégia de Redução de Danos enquanto ferramenta de saúde pública.

3.REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Considerações gerais sobre o consumo de substâncias psicoativas

Substâncias psicoativas são todas as substâncias que ao serem consumida modificam o funcionamento do organismo, em aspectos fisiológicos, psíquicos e comportamentais. Podem ser de origens naturais ou sintéticas e a sua utilização pode ser causada com diversos objetivos, entre eles, religiosos, como formas de atenuar sofrimento, uso recreativo e até mesmo cura para doenças que envolvem o estado físico ou o espiritual (TISOTT, 2015; COSTA; SILVA; SENAD, 2016).

As substâncias psicoativas alteram a atividade do Sistema Nervoso Central (SNC), então algumas são classificadas como estimulantes, pois aumenta a atividade do SNC, outras reduzem, estas são chamadas de depressoras e outras alteram a percepção e denominam-se de perturbadoras (SENAD, 2016).

A Classificação Internacional de Doenças de 2010 aponta como substâncias Psicoativas: o álcool, opióides, canabinóides, sedativos ou hipnóticos, cocaína e outros estimulantes, alucinógenos, tabaco e solventes voláteis (SENAD, 2016). Estas podem ser classificadas em drogas lícitas ou ilícitas, sendo consideradas drogas lícitas aquelas que são aceitas socialmente e legalmente são permitidas a venda a pessoas maiores de 18 anos, como exemplo o álcool e o tabaco. As drogas ilícitas são proibidas pela Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006 que proíbe as drogas bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas (BRASIL, 2006; TISOTT et al., 2015).

O álcool e o tabaco destacam-se como as substâncias mais consumidas e com maiores porcentagens de dependentes. Estima-se que 12% da população brasileira apresentam problemas com o álcool: 9% teriam um padrão de consumo caracterizado abusivo e/ou prejudicial e 3% corresponderiam aos dependentes dessa substância. Entre as principais substâncias psicoativas ilícitas de consumo no País, o percentual estimado de dependentes de maconha e de solventes corresponde a 1,2% e 0,2%, respectivamente (ALVES; LIMA, 2013).

De acordo com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2016), os padrões de consumo das drogas são classificados em:

1- Uso de drogas, quando há a autoadministração de qualquer substância psicoativa em qualquer quantidade.

2- Abuso ou Uso Nocivo, quando há um aumento do risco do consumo e pode provocar danos e prejuízos a vida do usuário em termos biopsicossocial. No caso o uso nocivo engloba danos à saúde física e mental e o abuso acrescenta os danos sociais.

3- Dependência é um padrão de consumo mal adaptativo, onde ocorrem maiores prejuízos e sofrimento ao usuário, apresentando tolerância, crises de abstinências, desejo persistente pela substância e aumento do consumo em quantidade e frequência.

O homem faz a utilização de substâncias psicoativas desde a antiguidade, inclusive em um período foi considerada um tipo de remédio por ter a capacidade de atenuar a dor e minimizar os problemas, porém com a revolução industrial e a urbanização, ocorreu a destilação do álcool e o surgimento de novas tecnologias, conseqüentemente o consumo de drogas passou a ser usado de forma abusiva, assim o consumo de substâncias psicoativas migrou do patamar religioso para o jurídico e biomédico (MACHADO; BOARINI, 2013).

3.2 Breve resgate histórico das políticas públicas sobre drogas

O uso de substâncias psicoativas e os danos causados por estas é um problema de ordem mundial, tornando-se necessário a inclusão de políticas públicas no setor saúde para reduzir os agravos e danos causados pelo consumo abusivo de álcool e outras drogas (ALVES; LIMA, 2013).

O governo de Reagan Estados Unidos, na segunda metade do século XX, década de 1980, desenvolveu políticas voltadas a usuários de drogas que eram em grande maioria pautadas em ações que visavam a diminuição do consumo pela proibição da produção, distribuição e uso, foi conhecida como Política de Guerra às Drogas (ROSA, 2012).

Apesar da tentativa do Governo de Reagan, o consumo de drogas continuava a existir a nível mundial de maneira crescente e foi verificada a lacuna na oferta de medidas de apoio à saúde dos usuários que não queriam ou não conseguiam abandonar o uso e por esse motivo eram muitas vezes estigmatizados diante a sociedade (MACHADO; BOARINI, 2013).

Em vista disso, as primeiras medidas de apoio voltadas ao usuário de SPAs, foram na Holanda e no Reino Unido, baseada em uma experiência substitutiva aos modelos que visavam apenas a abstinência como meta terapêutica e social, a partir de práticas de reduções de danos entre usuários de drogas injetáveis a fim de prevenir o HIV/AIDS. No Brasil, as propostas relacionadas aos usuários de álcool e outras drogas começaram a surgir em discussões no período entre 1980 e 1990 com a Política Pública de Drogas proposta pelo Conselho Federal de Entorpecentes (ALVES; LIMA, 2013).

Os autores anteriores ainda referem que no ano de 2001 foi promulgada a Lei nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, redirecionam o modelo assistencial em saúde mental, como aconteceu no mesmo ano a realização do Seminário Nacional sobre Atendimento aos Usuários de álcool e outras Drogas na rede SUS, organizado pelo Ministério da Saúde e também a III Conferência Nacional de Saúde Mental onde foi destacada a importância de reinserção social e reabilitação dos usuários em nível de SUS.

Em 2002, surgiram os serviços substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com vertentes específicas, inclusive para usuários de álcool e outras drogas, o CAPS AD, regulamentados pelas Portarias nº 336/GM e 816/GM, ao qual os usuários de SPAs, parentes e a comunidade podem contar com uma equipe interdisciplinar que atuam em defesa de uma proposta de reabilitação psicossocial (L. BATISTA; M. BATISTA; CONSTATINO, 2012).

No ano de 2003, foi criada a Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas pelo Ministério da Saúde do Brasil, após dois anos, em 2005, ocorreu o realinhamento da Política Nacional sobre Drogas e em suas diretrizes foram inclusas a recuperação, tratamento, reinserção social e a necessidade de articulação intersetorial entre serviços de saúde (ALVES; LIMA, 2013).

No ano seguinte, 2006, foi instituída a Lei nº 11.343 que preconiza as ações de atenção aos usuários e dependentes de álcool e outras drogas e seus familiares, visando a melhoria da qualidade de vida desse público, através da reinserção social e respeito que compõem as estratégias de redução de danos voltados a eles (BRASIL, 2006; TISOTT et al., 2015).

Os dispositivos ampliavam-se na medida em que incluíam novas estratégias de atenção com o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (2009) no Sistema Único de Saúde e do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (2010) (ALVES; LIMA, 2013).

3.3 Redução de Danos e sua implementação nos serviços de saúde no Brasil

As estratégias de Redução de Danos envolvem a aplicação de medidas que atenuem os danos ocasionados pelo consumo de drogas, mesmo em que os usuários não pretendam ou não consigam abster-se com o uso dessas substâncias, então visa o fato de que se o indivíduo continua a fazer o consumo da substância, ele o faça com menor risco possível (ROSA, 2012).

Segundo Maliska, Padilha e Andrade (2014), o problema do uso das drogas passou a necessitar de mais atenção do sistema de saúde principalmente com o advento da AIDS, especialmente no início da epidemia, ao modo em que as estratégias de RD foram implementadas assim que obtiveram o reconhecimento do risco de infecção pelo HIV no público de usuários de drogas injetáveis. Os UDI constituíram uma parcela de indivíduos vulneráveis a infecção pelo HIV por conta de diversos fatores, como a sua invisibilidade e a marginalização social, estes que acabem por dificultar o alcance desse público aos serviços e informações de saúde.

A estratégia de Redução de Danos assim que ingressou no Brasil provocou grandes polêmicas com a alegação de incentivar e facilitar o consumo de drogas (MACHADO; BOARINI, 2013). No Brasil, em 1989, houve a primeira estratégia relacionada a redução de danos com usuários de drogas que foi o Programa de troca de seringas (PTS) em Santos-SP, no entanto a proposta foi interpretada como um incentivo ao consumo/uso de drogas e não se efetivou, foi embargada judicialmente e só em 1995 foi efetivado o primeiro PTS do Brasil, em Salvador no estado da Bahia (MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2014).

A partir de 1995, foram abertos mais de 200 Programas de Redução de Danos que trabalhavam em sua grande maioria apenas com as trocas de seringas e ações voltadas para o controle do HIV, nestas perspectivas foram formadas diversas associações, tais como: Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) criada em 1997 e a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC) em 1998 (ANDRADE, 2011).

No ano de 2005, através da Portaria N^o 1.028 de 2005, o Ministério da Saúde determina que as ações de redução de danos sociais e às saúdes provenientes do consumo de substâncias psicoativas regulamentam suas ações, de modo que forneça informação, educação e aconselhamento, assim como a distribuição de insumos de proteção à saúde e assistência social (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde integrou a RD na Política de Atenção Integral a Usuários de Alcool e outras Drogas, estimulou a divulgação do seu conceito e enfatizou a importância de enxergar as possibilidades de atenção, dessa forma as ações de RD que eram voltadas apenas a usuários de drogas injetáveis (UDI) começam a se ampliar e abranger outros públicos, como profissionais do sexo, presidiários, meninos em situação de rua, usuários de anabolizantes e outros, assim como, o que antes visava apenas controle do HIV/ AIDS, evoluiu para uma política de saúde que tem como objetivo reduzir os riscos relacionados ao consumo das mais diversas drogas (ROSA, 2012; ANDRADE, 2011).

De forma geral, a RD voltada para o uso de álcool ou substâncias psicoativas possui práticas que envolvem duas vertentes, primeiro quanto a redução de danos compreendida como uma abordagem para reduzir danos e riscos do HIV ou DSTs entre os usuários e segundo quanto a redução de danos com estratégias e ações mais ampliadas no campo da saúde pública e coletiva (ROSA, 2012).

Em uma sociedade voltada a proibição do uso de drogas, que a meta terapêutica é a abstinência, surge a Redução de Danos em conformidade com a reforma psiquiátrica (ALVES; LIMA, 2013). A Redução de danos consiste em um conjunto de práticas que tem como principal objetivo reduzir os prejuízos e danos associados ao uso/ abuso de drogas, independente dos usuários tenham o desejo de abster-se do uso ou não (MOREIRA et al., 2017).

A política de RD respeita os desejos e singularidades do usuário, de forma que envolva seus direitos civis, sua condição particular e de dependência, assim como o incentivo de integração social e familiar (ALVES; LIMA, 2013). Segundo Machado e Boarini (2013), a estratégia de RD pode ser definida como uma forma de abordar o usuário, privilegiando o direito à saúde a todos e o respeito e a liberdade individual, assim descentrando o foco na abstinência e proibição.

Os atores nesse contexto são chamados de Redutores de Danos, esses que são capacitados para criar um vínculo eficiente, tem o objetivo de atender aos interesses do dependente, sugerindo mudanças para que o consumo aconteça de forma menos agressiva possível a sua saúde e qualidade de vida, estes atuam em espaços públicos proporcionando encaminhamentos a serviços especializados de saúde e com a realização de ações informativas para o público geral, estimulando a formulação de ideias mais coerentes e menos agressivas sobre o fenômeno das drogas (COSTA; SILVA, 2016).

Existem vários setores de atuação, desde ONGs que fornece apoio social e comunitário com trabalhos voluntários, envolvendo também outros setores com objetivo de trabalhar com redes e linhas de cuidado, como os CAPS em suas diversas modalidades, principalmente os relacionados a álcool e outras drogas, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Consultório de rua, entre outros. O CAPS é uma importante ferramenta no desenvolvimento da inclusão social dos dependentes químicos e destaque para a Política de RD (TISOTT et al., 2015).

Por sua vez, trabalhar com usuários de substâncias psicoativas, a nível de atenção primária favorece bastante a eficácia dos objetivos, pois a equipe divide território diretamente com os usuários e compartilham da mesma realidade (SENAD, 2016). Nessa perspectiva, para atender a população-alvo em situação de rua, existem também as equipes de Consultório de Rua (CR) incluso como estratégia do Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento

e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) em 2009, que constitui importante dispositivo na rede de atenção em saúde mental. Os princípios norteadores desse projeto são o respeito as diferenças, promoção de direitos humanos, inclusão social, enfretamento do estigma, ações de RD e articulação intersetorial, atua principalmente com a assistência voltada as pessoas em situação de rua e usuários de SPAs (TODIN; NETA; PASSOS, 2013; SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014).

Os Consultórios de Rua utilizam das formas de redução de danos como medidas eficazes, principalmente na aproximação com os usuários, possibilitando criação de vínculos de confiança, tornando-se uma porta de entrada aos serviços de saúde, ofertam cuidados básicos de saúde, orientações, prevenção, assistência e tratamento de acordo com as singularidades dos indivíduos (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014).

O cenário das drogas atualmente requer avaliação e elaboração de estratégias de RD que contemplem cada droga em sua especificidade, uma vez que as drogas injetáveis abordadas inicialmente deram espaço a várias outras drogas que podem ser usadas de diferentes formas, de maneira correta ou incorreta e exigem adequação da RD para outras realidades sociais (MACHADO; BOARINI, 2013).

Segundo Moraes (2016), são muitas as propostas fornecidas para os usuários como métodos de redução de danos, tais como: possibilidade de diminuir o consumo, substituir drogas consideradas mais pesadas por drogas mais leves, reuniões comunitárias e instituir períodos específicos para o consumo, diminuindo assim a frequência.

Estratégias de RD aplicadas especificamente a grupos de dependentes de crack podem ser: estimular o uso de cachimbo individual, realização de exames periódicos para investigar precocemente possíveis contaminações por DSTs, distribuição de protetor labial para evitar possíveis danos (COSTA; SILVA, 2016). Dentre as ações voltadas a usuários de drogas injetáveis com a distribuição de kits com seringas e informativos, terapias de substituição de uma droga por outra, criação de salas de injeção e inalação de drogas com a utilização de equipamentos que testam a pureza da droga, aconselhamentos, orientações individuais, ofertas de filmes educativos e outros (MORAES, 2016).

Os grupos de apoio também possuem grande importância por oferecer suporte aos participantes, servindo também como um recurso terapêutico por haver o compartilhamento de experiências possibilitando a ajuda mútua entre os usuários (TISOTT et al., 2015).

Ao consumo de álcool de forma abusiva, as estratégias de RD incluem orientação sobre a importância de treinamento de garçons a fornecer orientações sobre o consumo de forma

segura do álcool, campanhas que orientem quanto ao perigo de beber e dirigir ou as que incentivam beber com moderação (MACHADO; BOARINI, 2013).

4.CAMINHO METODOLÓGICO

A pesquisa é um procedimento que tem por objetivo viabilizar respostas aos problemas apresentados, é desenvolvida através da utilização de métodos e técnicas científicas, ao longo de um processo de várias etapas que vai desde a formulação da questão problema até a apresentação dos resultados (GIL, 2010).

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo de natureza exploratória-descritiva sob a perspectiva de uma abordagem qualitativa. Em relação à pesquisa descritiva, Gil (2008) aponta que o estudo descritivo se caracteriza por ser o tipo de pesquisa cujo objetivo principal é descrever as características de uma determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

A pesquisa qualitativa aborda questões mais particulares, ela está relacionada com nível de realidade que não pode ser quantificado. Na abordagem qualitativa trabalha-se com um universo de significados, motivos, crenças, aspirações, valores, ações e relações humanas, imperceptíveis e incalculáveis em equações estatísticas (MINAYO, 2010).

Considerando-se o quadro da pesquisa empírica, o pensamento, materializado sob forma de discurso, é uma variável qualitativa, ou seja, é um produto a ser posteriormente qualificado. Mas, sendo esse pensamento coletivo, configura-se também como uma variável quantitativa, na medida em que expressa as opiniões compartilhadas pelos indivíduos (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

4.2 Local do Estudo

O cenário da pesquisa foram os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD) dos municípios de Guarabira e Campina Grande, ambos no estado da Paraíba.

O município de Campina Grande é considerado um dos principais polos industriais da Região Nordeste e um dos maiores polos tecnológicos da América Latina, localizada no agreste paraibano, possui 407.754 mil habitantes (IBGE, 2016). A sede do CAPS AD em Campina Grande está localizada na Rua Cap. Ademar Paiva, número 896, Bairro Alto Branco, com horário de atendimento das 07 às 17hrs. A cidade Campina Grande possui dois CAPS álcool e drogas, o adulto no qual foi realizado o estudo e o infanto-juvenil.

O município de Guarabira situa-se a 98 quilômetros da capital paraibana, João Pessoa, localizada no Agreste paraibano e possui uma quantidade de 58.529 mil habitantes (IBGE, 2016). A sede do CAPS Álcool e Drogas está situada na Rua Ascendino Antonio da Silva, no Bairro do Cordeiro, com horário de atendimento das 07 às 21hrs.

Os municípios foram escolhidos devido a acessibilidade em deslocamento aos mesmos, estes que são polos regionais da Paraíba, sendo muitas vezes, referência aos diversos serviços, de lazer, educação, inclusive de saúde para as cidades próximas e vizinhas.

4.3 População e amostra/ Critérios de inclusão e exclusão

A população desse estudo foi composta por todos os profissionais de saúde atuantes em Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD) dos municípios de Guarabira e Campina Grande, ambos no estado da Paraíba.

Os critérios de inclusão utilizados para constituir a amostra foram: Ser profissional de saúde em efetivo exercício do serviço, ter contato direto com os usuários e ter livre desejo de participar da pesquisa.

Foram excluídos aqueles que estavam em período de férias ou afastamento e que não atendiam a outros critérios de inclusão.

Ao final, a amostra contou com oito [08] colaboradores do estudo, nas seguintes categorias profissionais: enfermeiras, médicos psiquiatras e psicólogas.

4.4 Instrumento para a Coleta de Dados

O instrumento para a coleta de dados utilizado foi um roteiro de entrevista do tipo semiestruturado incluindo perguntas objetivas de personalização da amostra, tornando possível a caracterização do perfil da amostra e também perguntas subjetivas voltadas ao objetivo principal do estudo.

A autonomia e os critérios de beneficência e maleficência foram expostos abertamente para os colaboradores, desse modo foram esclarecidos os objetivos e a relevância do estudo, para que pudessem assinar as duas vias do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), uma para que ficasse com ele e a outra via foi entregue a pesquisadora.

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

Dessa forma, foram levados em consideração os aspectos éticos contidos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no Brasil todos os pesquisadores devem iniciar uma pesquisa somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo em vista que a avaliação de um protocolo de pesquisa ajuda a garantir que os riscos envolvidos na pesquisa sejam mínimos.

Esta resolução, a qual dispõe sobre o respeito à dignidade humana e proteção a vida aos participantes de pesquisas científicas envolvendo seres humanos com ênfase para os princípios de beneficência, não maleficência e autonomia, bem como sua autonomia e vontade de contribuir, garantir que danos previsíveis possam ser evitados.

Também se levou em consideração à Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que trata do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem e, por conseguinte, da ética do profissional de enfermagem diante da realização de uma pesquisa científica. Diante do exposto, o projeto contou com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido em consonância com a Resolução 466/12 do CNS.

Estão contidas no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TLCE) informações para que o colaborador da pesquisa pudesse tomar a decisão de forma justa e sem constrangimentos sobre sua participação, levando em conta sua autonomia e dignidade, assegurando sua vontade de contribuir com a pesquisa por meio de manifestação expressa, livre e esclarecida sem acarretar prejuízos para os mesmos. O TCLE foi entregue em duas vias aos participantes da pesquisa que por meio de assinatura confirmaram sua participação na mesma, com o comprometimento de que seus dados ficarão mantidos em sigilo e anonimato, uma via do termo ficou com o participante e outro com o responsável pela pesquisa.

A pesquisadora responsável e a pesquisadora participante da pesquisa também assinaram o termo de compromisso, assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

4.6 Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados só foi iniciada com a aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e consequente emissão do código de CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – número 77728017.7.0000.5182, após a autorização pelo CEP, foram realizadas visitas nos CAPS AD para apresentar a pesquisa aos profissionais de saúde, de acordo com os critérios de exclusão e inclusão. Foi realizado o convite para participar da pesquisa e todos os pontos importantes foram explicados, como o motivo da pesquisa, a

importância e como seria o desenvolvimento da entrevista, com destaque na garantia do anonimato e sobre o direito de desistir da pesquisa em qualquer momento. Com a realização da coleta de dados, as entrevistas foram transcritas e analisadas.

4.7 Análise dos dados

Com a pesquisa, os dados relacionados ao perfil sociodemográfico e profissional da amostra, foram apresentados sob forma de tabela e gráfico, enquanto os dados qualitativos foram organizados e analisados de acordo com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de acordo com Lefèvre e Lefèvre (2003), desse modo os conhecimentos e pensamentos foram expressos e caracterizou-se sob forma de discurso e discutido conforme a diversidade de pensamentos da literatura referente à temática.

As pessoas e a coletividade possuem crenças, ideias, valores pessoais, de acordo com suas individualidades, o que torna difícil uma avaliação quantitativa, pois não apresenta atributos variáveis e sim pensamentos individuais e coletivos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003). Desse modo, considerando a pesquisa empírica, o pensamento é utilizado como matéria significativa, o discurso que resulta em achados qualitativos, porém sendo esse um pensamento coletivo, coleta também achados quantitativos, pois as opiniões compartilhadas possuem um quantitativo de indivíduos representantes, expressando então a coletividade pesquisada (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

O DSC é caracterizado como um discurso- síntese redigido na primeira pessoa do singular, analisado através dos dados coletados nas entrevistas, através de perguntas e respostas, o depoimento torna-se a matéria prima do estudo, retirando do material as ideias centrais e palavras chaves para construção de um ou mais discurso-síntese, formando os DSC. As palavras chaves são trechos em que se retira a essência literal do depoimento, essas devem ser destacadas para a construção do DSC, já as ideias centrais buscam descrever de forma verdadeira e sintética o sentido real do discurso, dessa forma, não se estabelece como interpretações, mas sim como descrição (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2014), o resultado final de uma pesquisa como o DSC é um produto que descreve sistematicamente a realidade e promove reconstrução do pensamento coletivo como produto científico.

4.8 Financiamento

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora. A Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité, disponibilizará as referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como a pesquisadora responsável.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Delineamento do Estudo

A realização da pesquisa ocorreu em dois passos: Primeiramente foram examinados os dados relacionados aos perfis dos participantes do estudo, com a busca de informações acerca da faixa etária, estado civil, formação e ano de formação profissional, bem como se havia realizado programas de especializações ou pós-graduações. Seguida a essas questões, foram abordadas questões relacionadas a temática do estudo, tais como o conhecimento dos profissionais sobre a política de redução de danos instituída pela Portaria nº 1.028 de 1 de julho de 2005, bem como seu entendimento da política de forma geral, a busca por informações sobre a existência ou não de estratégias de redução de danos no serviço de atuação e suas dificuldades, também o posicionamento a respeito da política de redução de danos quanto uma medida de saúde pública.

A segunda fase da pesquisa refere-se a etapa de análise dos dados empíricos por meio dos discursos levantados através da gravação das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas nos municípios de Campina Grande e Guarabira, ambos na Paraíba.

5.2 Caracterização da Amostra

Tabela 1. Caracterização sócio demográfica da amostra do estudo. Guarabira e Campina Grande. Novembro (2017) e Janeiro (2018).

Faixa Etária	Número	%
18 à 30 anos	2	25%
31 à 40 anos	3	37,5%
41 à 50 anos	2	25%
51 à 59 anos	1	12,5%
Total	8	100%
Estado Civil		%
Casado	4	50%
Solteiro	2	25%
Viúvo	1	12,5%
União Estável	1	12,5%
Total	8	100%

Formação Profissional		<i>%</i>
Medicina	3	37,5%
Psicologia	2	25%
Enfermagem	3	37,5%
Total	8	100%
Ano de Conclusão de Curso		<i>%</i>
1986	1	12,5%
1990	1	12,5%
2002	2	25%
2010	3	37,5%
2014	1	12,5%
Total	8	100%
Sexo		<i>%</i>
Mulher	5	62,5%
Homem	3	37,5%
Total	8	100%

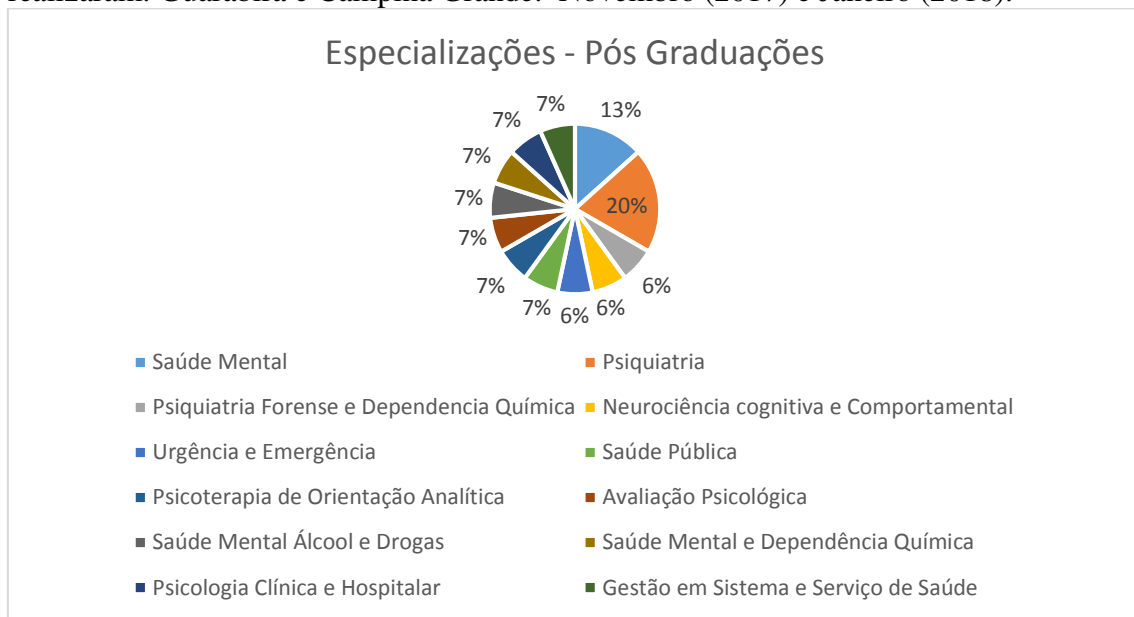
Fonte: Pesquisa Direta (2018)

A tabela acima retrata o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes, relacionados ao ano da sua formação profissional, observa-se que se tem profissionais que concluíram seu curso desde do ano de 1990 até 2014, desse modo, o ano de formação influencia diante dos resultados, pois a estratégia de RD é algo ainda inovador e recente, provavelmente não discutido durante as graduações dos profissionais do estudo. No entanto, não justifica a falta ou limitação de conhecimento, pois existem formas de trabalhar esse quesito, através da educação continuada, esta que segundo Ferraz, Vendruscolo e Marmet (2014) permite a constante atualização dos funcionários, bem como a incorporação das mudanças decorrentes do serviço, dessa forma as novas metodologias de trabalho se baseia conforme a necessidade de atender a uma realidade viva.

Conforme Silva e Knobloch (2016) trabalhar com a problematização “álcool e outras drogas” envolve a necessidade de ação ampliada em que os conhecimentos teóricos, técnicos ou políticos devem ser revisados continuamente, sabe-se que a atuação em CAPS AD possui certa complexidade, a especialização e construção de saberes dos que atendem aos usuários precisa estar em conformidade com o cotidiano e a realidade do serviço.

A tabela revela também que a maioria dos participantes é do sexo feminino, corroborando com o estudo de Almeida e Furegato (2015), que afirma a associação do trabalho feminino e o cuidado em saúde.

Gráfico 1. Caracterização de acordo com as especializações e pós-graduações os participantes realizaram. Guarabira e Campina Grande. Novembro (2017) e Janeiro (2018).



Fonte: Pesquisa Direta (2018)

O gráfico 1 expõe as especializações e pós graduações realizadas pelos colaboradores, o que se constata que de um total de oito profissionais, a maior parte dos profissionais possuem especialidades nos campos da psiquiatria e da saúde mental, nota-se que outras áreas citadas foram a da Urgência e Emergência, Saúde Pública, Neurociência cognitiva e comportamental, a psicoterapia de orientação analítica e outras, porém os serviços em que foram realizados o estudo, por ser de referência em álcool e outras drogas, apresentam apenas três participantes que afirmam possuir algum aperfeiçoamento relacionado a dependência química ou cuidados aos usuários de álcool e outras drogas. No entanto, as áreas citadas conferem que a maioria são voltadas a atenção em saúde mental, embora não seja um grande número, os que possuem especialidade especificamente sobre a questão de álcool e drogas, o que aponta que a dificuldade é mais voltada especificamente a própria Redução de Danos. Tendo em vista que o Ministério da Saúde solicita que os profissionais que trabalhem nos CAPS, exceto da modalidade I, estes tenham especializações em saúde mental para os enfermeiros e ou psiquiatria para os médicos (BRASIL,2002).

A formação em saúde é considerada uma das questões relacionadas a transformação das práticas profissionais, favorecendo as intervenções para atender as necessidades da população e da realidade na qual os profissionais estão inclusos, dessa forma é fundamental atentar a novos cenários de formação e especializações profissionais em saúde, articulando instituições de ensino, SUS, serviços de saúde e comunidade, ao modo em que aborde não apenas a transmissão de conhecimentos, mas as relações sociais, problematização e transformação da realidade (BISCARDE; PEREIRA-SANTOS; SILVA, 2014).

5.3 Material Empírico

Realizada a organização e tratamento metodológico adequado dos dados coletados durante as entrevistas, foram estabelecidas ideias centrais (IC) e o DSC referente a cada IC. No decorrer da amostra surgiram diversas e divergentes ideias centrais que se formaram a partir de cinco questões norteadoras.

Para seguir o desenvolvimento do estudo, levando em consideração os aspectos éticos, visando preservar a identidade e promover o anonimato dos colaboradores do estudo, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foram utilizados do S1 ao S8 para identificar os sujeitos participantes.

Assim através dos discursos dos participantes, tornou-se possível compreender o conhecimento dos profissionais de saúde de centros de referência em álcool e outras drogas acerca da Política de Redução de Danos. Seguem os quadros contendo os resultados dos Discurso do Sujeito Coletivo.

Quadro 1. Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “O que você conhece sobre Redução de Danos?”

Ideia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Não conhecimento	<p><i>“[...] É uma política do próprio governo. Até que pra entrar aqui no CAPS a gente meio que tem que estudar isso...o que eu sei é a política básica mesmo de redução de danos, não tenho muito o que dizer não [...]” S2</i></p>

Ideia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Conhecimento fragilizado	<p>“[...] É uma forma de evitar que aquele usuário de droga tenha maiores problemas clínicos com o uso das drogas. Então com isso é como se ele substituísse o padrão de consumo para um padrão, vamos dizer, menos danoso para ele [...]” S3</p> <p>“[...] São políticas voltadas para o controle do uso de múltiplas drogas. Substancias psicoativas por usuários dependentes químicos tentando atenuar as complicações do uso. O consumo contínuo da substância e essas políticas procuram fazer que haja uma atenuação no padrão de consumo dos usuários [...]” S6</p> <p>“[...] Para mim, redução de danos é toda ação que visa diminuir os danos. Diminuir os problemas causados por alguma ação [...]” S5</p>
Ideia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo
Conhecimento Amplo	<p>“[...] Uma proposta de tratamento em que tu não visa necessariamente a abstinência, isto é estar visando um tratamento em que o paciente talvez possa ter um uso mais controlado da substância [...]” S8</p> <p>“[...] Visa ajudar a pessoa que está precisando de ajuda, que está usando a substancia de alguma forma problemática, estimulando a usar de uma forma menos danosa para sua saúde, não só para sua saúde, mas também menos danosa para sua vida, para as pessoas que estão ao seu redor, de uma forma mais consciente[...]” S7</p>

	<p><i>“[...] A gente não vai na questão de que o usuário ele chegue a ficar abstinência nessa direção, mas que ele possa reduzir os danos, ir substituindo, ir diminuindo, usando de algumas estratégias para que ele tenha de alguma forma a qualidade de vida [...]” S1</i></p>
--	---

Fonte: Pesquisa direta (2017)

O quadro 1 apresenta o DSC em resposta ao conhecimento dos entrevistados sobre o que é redução de danos. De um modo geral, foram extraídas três ideias centrais, sendo essas que vão desde o não conhecimento até o conhecimento amplo acerca do assunto. Os relatos nos mostram as fragilidades ainda existentes em centros de referência de Álcool e outras Drogas, sendo estes espaços em que os profissionais atuantes devem apresentar um amplo conhecimento acerca da temática, justamente por ser um serviço especializado no público de usuários de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas.

De acordo com Alves e Lima (2013), o CAPS AD corresponde à principal instituição pública de atenção especializada aos transtornos decorrentes do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas. No entanto, no estudo ainda revela uma insegurança diante do assunto trabalhado, por parte de profissionais de saúde que atuam diretamente com usuários de álcool e outras drogas, muitas vezes os mesmos não acreditam na própria política, por questões morais, pessoais e até mesmo pela falta de conhecimento referente ao tema.

Segundo Souza et al., (2017) apesar da proposta em RD possuir já bases consolidadas, seu funcionamento e efetividade depende do comprometimento por parte das equipes profissionais. Quando se trata de uma falha relacionada ao compromisso dos mesmos, pode-se relacionar a um tipo de formação regido pelo modelo biomédico que se expressa na resistência de se manter relações horizontais entre profissionais e usuários.

No entanto, diante dos relatos nas entrevistas, nota-se que alguns profissionais possuem o entendimento sobre a essência da RD, quando afirmam que são medidas que tem o objetivo de reduzir os danos causados pelo consumo de substâncias psicoativas, mesmo que o usuário não queira ou não consiga parar com o uso e chegar a abstinência, desse modo respeitando a singularidade e autonomia dos usuários.

A abordagem da RD inclui estratégias para a diminuição das consequências danosas e prejudiciais relacionado aos aspectos psicológicos, físicos e sociais relacionados ao consumo

de substâncias psicoativas, no entanto considera e prioriza a vontade do sujeito e o direito por uma vida mais saudável através do apoio da família, comunidade e estado (ALVES; LIMA, 2013).

Percebe-se que a maioria dos participantes possui um conhecimento intermediário e amplo sobre a temática, bem como sobre uma questão de grande importância na política e nas muitas discussões que envolvem essa medida, que é o fato de que a abstinência é também uma meta a ser alcançada, no entanto, não é a única meta. Os profissionais devem ter a orientação de que a abstinência é considerada um dos caminhos, porém caso o usuário não tenha a vontade de seguir ou ainda não seja o desejável, a política de redução de danos trabalha com outras estratégias que promovam uma melhor qualidade de vida ao indivíduo.

De acordo com Alves e Lima (2013), quando ocorre de casos em que os usuários em situação de dependência química não manifesta a vontade ou não consegue ter a abstinência como meta, a abordagem de RD inclui possibilidade de estabelecer outras metas intermediárias com o objetivo de realizar uma mudança gradativa relacionada ao padrão de uso e também a diminuição de riscos sociais e relacionados à saúde, dessa forma os objetivos dessas metas podem ou não incluir a abstinência, contanto que vise o indivíduo como um sujeito de direitos, autonomia e digno de melhor qualidade de vida.

Quadro 2. Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Quanto a Política, qual o seu entendimento?”

Ideia Central- 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Conhecimento escasso	<p><i>“[...] Eu sei que existe uma determinação. Acho que uma orientação do Ministério da Saúde em que seria feita essa política nos CAPS de álcool e drogas principalmente, né? Como uma forma de reduzir os danos. Basicamente é isso [...]” S3</i></p> <p><i>“[...] Eu não acho que eu seja um grande conhecedor de política pública, eu acho que existe um programa do governo federal que é consultório de rua, existem os CAPS que tem, acredito que tenha uma orientação nesse sentido, mas acho que como uma política pública, pelo menos dentro do CAPS, eu acho, pelo menos eu nunca recebi um treinamento [...]” S8</i></p>
Ideia Central- 2	Discurso do Sujeito Coletivo

<p>Conhecimento regular</p>	<p><i>“[...] É uma política que abrange esse cuidado, não apenas visando a abstinência mas se necessário sim visando a abstinência mas cuidando mesmo da pessoa, de uma forma holística, vendo a pessoa que usa droga de uma forma integral, vendo a pessoa que usa drogas como um sujeito, como um cidadão, como uma pessoa de direitos [...] ” S7</i></p> <p><i>“[...] Mais uma possibilidade de tratamento, de alternativa né? Para aqueles que não se enquadram na política tradicional de abstinência total.... É uma política que vem considerar o sujeito, a singularidade, a liberdade, a escolha né? [...]” S5</i></p> <p><i>“ [...] Olha, a gente entende a política de redução de danos quando a gente usa algumas estratégias como, por exemplo: fornecimento de seringas... é... ver com o usuário a possibilidade de uma droga que provoque menos danos, ver essa substituição, como em alguns casos, a gente consegue diminuir o uso do crack com o uso da maconha [...] ” S1</i></p> <p><i>“[...] Tem buscado dar apoio aos usuários, aos dependentes químicos de uma forma que pode atuar do ponto de vista tanto psicossocial como psicofarmacológico, através do psiquiatra, com a interação de medicamentos, abordagem de assistente social e as terapias ocupacionais também que vão contemplar ai uma abordagem multidisciplinar [...]” S6</i></p> <p><i>“[...] Sobre a política de quando eu entrei aqui é sobre o que nós podemos fazer pra que os pacientes eles não estejam tão em questão de vulnerabilidade, devido ao uso indiscriminado né? E o que a gente pode fazer para que reduza outros problemas que poderiam agravar a situação né? [...]” S2</i></p>
-----------------------------	--

Fonte: Pesquisa direta (2017)

O quadro 2 apresenta o DSC em resposta ao conhecimento dos entrevistados sobre a redução de danos, quanto uma política de saúde, resultando em duas ideias centrais, a que remete ao possuir conhecimento escasso e ao possuir conhecimento por parte dos profissionais acerca da RD. Afirmam-se estas informações por meio das respostas, das expressões não-verbais que indicava a segurança do entrevistado durante a fala e outras formas não verbais que

indicava informações que acrescentou na análise, tal como o levantamento de que a minoria (37,5%) dos participantes apresentavam pouco ou nenhum conhecimento sobre a RD quanto uma política pública.

No entanto, a outra parcela (62,5%) dos participantes apresentaram conhecimento bem fundamentadas a respeito da política, ao modo em que relatam entender a política como uma forma de enxergar o indivíduo e suas particularidades, levando em consideração o respeito, a autonomia e direitos dos usuários, bem como informa Carvalho e Dimenstein (2017) quanto aos princípios da RD que operam no CAPS AD, que é a autonomia do usuário em relação aos objetivos do tratamento, ou seja, o usuário reconhece suas limitações e anseios, sendo ele o protagonista do seu cuidado.

Com o objetivo de contribuir para a mudança do pensamento da sociedade diante do contexto de drogas, a RD propõe práticas em que as pessoas que fazem o consumo das drogas sejam respeitadas em seus direitos, desejos e necessidades (MACIEL; VARGAS, 2015).

Referente ao questionamento do quadro 2, nota-se também durante uma fala sobre o conhecimento a respeito de estratégias relacionadas a RD, por exemplo quando foi citada a estratégia de fornecimento de seringas e também orientações relacionadas as substituições de drogas mais pesadas e agressivas como o crack por drogas mais leves e menos danosa, como a maconha.

Mateus (2013) aponta que as substâncias mais “pesadas”, como a heroína, cocaína e o crack, quando substituídas por substâncias mais “leves”, como a maconha, promovem resultados positivos, como a melhora na fissura relacionada ao vício, sintomas paranoides, insônia, ganho de peso, melhora da abstinência e outros.

Durante a fala de um dos participantes se observou em um dos pontos de vistas sobre a política, a interação entre a forma de trabalho que envolve o psicossocial e o psicofarmacológico, o que é de suma relevância, desse modo é importante ressaltar que de acordo com o Ministério da Saúde (2005) na portaria que determina as ações de RD, todas as ações de RD devem visar manter a identidade e a liberdade da decisão do usuário ou dependente químico sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e até mesmo ao seu tratamento, dessa forma, pode haver interação psicossocial e farmacológica, desde que seja por vontade do indivíduo realizar o tratamento farmacológico, atuando com um cuidado transversal que respeite unicamente o sujeito.

Apesar da maioria dos participantes apresentarem respostas satisfatórias diante do grau de elaboração das suas respostas, relacionadas ao conhecimento acerca da RD quanto uma política, nota-se que esse conhecimento ainda é um pouco limitado acerca da própria política e

que embora não tenha sido a maioria dos profissionais, mas uma pequena parcela ainda não disponibiliza a devida atenção para com a estratégia de RD e sabem da existência da política, porém não possui total conhecimento de como atuar em conformidade com a mesma.

Quadro 3. Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Existem ações de redução de danos colocadas em prática nesse serviço? Se sim, quais? “

Ideia Central-1	Discurso do Sujeito Coletivo
Não tem conhecimento sobre as ações	<p>“[...] Pelo que eu sei aqui eu acho que não se coloca em prática nada específico de redução de danos não, na verdade a gente tem o objetivo mais de atender o paciente e tratá-lo [...]” S3</p> <p>“[...]acredito que exista só que a gente vai falar um pouquinho do serviço, que parece que o atendimento médico é dissociado do resto dos outros atendimentos, porque existe mas eu não tomo muito conhecimento de como é que eles fazem [...]” S8</p>
Ideia Central- 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Atividades em Grupo	<p>“[...] Não, não há muita coisa feita sobre redução de danos, o que a gente faz é grupo operacional pra orientação [...]” S2</p> <p>“[...]Bom, nesse serviço são oferecidos aos usuários grupos de apoio, oficinas temáticas voltadas ao tema de redução de danos, grupos de famílias, trabalhar com os familiares também é muito positivo [...]” S6</p> <p>“[...] Não tem uma regra geral, mas alguma orientação específica pra as pessoas que fazem o uso de substâncias? Especificamente do crack, por exemplo. A gente vai pontuando algumas alternativas de substituição com eles né? A gente percebe que alguns utilizam muito da maconha para tentar uma redução no consumo do crack né? [...]” S5</p> <p>“[...] A gente tem oficinas de redução de danos, todas as terças feiras [...]” S4</p> <p>“[...]Parte das oficinas terapêuticas do CAPS são voltadas só para construção de estratégias de Redução de Danos com os próprios usuários [...]” S5</p>

	<i>“[...] Bom, nesse serviço são oferecidos aos usuários grupos de apoio, oficinas temáticas voltadas ao tema de redução de danos [...]” S6</i>
Ideia Central- 3	Discurso do Sujeito Coletivo
Atendimento Individual e Organização do Serviço	<p><i>“[...] Quando eu faço o meu atendimento com o paciente, se eu percebo que não é possível a gente alcançar a abstinência, eu trabalho com a ideia de junto com o paciente fazer uma proposta de um tratamento em que ele encontre o uso mais saudável pra o uso da substância [...]” S8</i></p> <p><i>“[...] Minhas consultas de enfermagem também são redução de danos, quando faço uma escuta acolhedora com eles [...]” S7</i></p> <p><i>“[...] Considera que estamos fazendo certa redução de danos, mantendo eles no intensivo [...]” S2</i></p> <p><i>“[...]A gente adotou aqui, apesar de ser um CAPS 2, nós temos o terceiro turno, e ai o usuário chega aqui às 7h da manhã e eles ficam o dia e até às 21hrs, então isso já reduz os danos [...]” S1</i></p>

Fonte: Pesquisa direta (2017)

Já o quadro 3 apresenta o DSC em resposta à existência de estratégias e ações relacionadas a redução de danos implementadas no serviço, se elas existem e quais eram. Foram levantadas três ideias centrais, dentre elas foi presente o não conhecimento da existência de ações específicas voltadas a RD, atividades em grupo, nas quais envolvia as oficinas temáticas, palestras, rodas de conversa e orientações específicas relacionada as estratégias de substituição, todas voltadas tanto para o usuário quanto à família.

Dentre as estratégias mencionadas pelos colaboradores da pesquisa, a que mais se destacou foram as atividades em grupos, desse modo Tissot et.al (2015), afirma que os grupos influenciam de forma positiva na construção do saber coletivo, através dos espaços de partilha. É uma importante ferramenta de cuidado, pois se apresenta como uma fonte de escuta, inclusão social e de valores pessoais.

Uma outra ideia central apresentada no quadro 3, se refere as estratégias de RD relacionadas ao serviço, ao atendimento ou consulta do profissional, dessa forma, os relatos indicam a importância de uma escuta qualificada para criação de vínculos e também a inclusão

da RD em consultas, por meio da adequação de um cuidado que respeite as escolhas e as singularidades do usuário.

Dentre as respostas, notou-se que a Política de Redução de Danos é implementada de uma forma superficial, apesar de algumas estratégias de grande importância apresentadas durante a entrevista, no entanto, ainda se percebe pouca criatividade, recursos e compromisso para realizar essas ações específicas de RD.

Segundo Mateus (2013) existem inúmeras estratégias globais e específicas de RD, entre elas estão:

As globais:

- 1- Redução do consumo, incentivar qualquer mudança sem que haja a exigência de grandes transformações.
- 2- Substituição da forma de uso, orientar a mudar a via de uso da droga por uma que cause menos danos.
- 3- Substituição da droga, orientar quanto a um uso de uma droga com menos riscos.
- 4- Orientações gerais quanto a necessidade de uma boa alimentação e hidratação e outros.

Também podem ser implementadas as estratégias específicas, como a distribuição de kit de redução de danos, contendo seringas, panfletos informativos e outros, orientações sobre os pontos mais seguros de aplicação aos UDIs, a escolha dos cachimbos por usuários de crack, bem como as orientações relacionadas ao consumo do álcool, como a importância da alimentação e hidratação, e outras estratégias específicas utilizadas para cada tipo de usuário de acordo com a substância que consome (MATEUS, 2013).

De acordo com o exposto, nota-se que há uma variedade de estratégias que possui o objetivo de diminuir os danos causados por um consumo inadequado de substâncias psicoativas, no entanto os profissionais da área da saúde não utilizam de medidas mais específicas e voltadas ao usuário por justamente ter um posicionamento mais voltado a tratar o usuário visando a abstinência.

Quadro 4. Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “ Existem fatores que dificultem o desenvolvimento dessas ações/estratégias? ”

Ideia Central- 1	Discurso do Sujeito Coletivo
	“[...] Olha, eu vejo as fragilidades da rede, não como algo especificamente nosso, mas como

Fragilidades do RAS	<i>algo que pertence ao sistema SUS mesmo, são as fragilidades do próprio sistema [...]” S1</i>
Ideia Central- 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Família	<p><i>“[...]A Família é o primeiro fator que dificulta, pelo preconceito [...]” S5</i></p> <p><i>“[...] Eu acho que às vezes a família tem um desejo específico pela abstinência como única alternativa de tratamento [...]” S7</i></p>
Ideia Central- 3	Discurso do Sujeito Coletivo
Capacitação Profissional	<p><i>“[...]Na verdade é mais uma falta de...assim...os profissionais daqui serem capacitados sobre essa política de Redução de danos [...]” S3</i></p> <p><i>“[...] Eu acho que como uma política pública, pelo menos dentro do CAPS eu acho, pelo menos eu nunca recebi um treinamento [...]” S8</i></p>
Ideia Central- 4	Discurso do Sujeito Coletivo
Articulação Multiprofissional e Intersetorial	<p><i>“[...] Acho que é a articulação com outros setores, devido essa questão da vulnerabilidade, a gente precisa estar com articulação com muitos setores [...]” S2</i></p> <p><i>“[...]De um modo geral, a psiquiatria é geralmente um profissional que trabalha dissociado da equipe [...]” S8</i></p>
Ideia Central- 5	Discurso do Sujeito Coletivo
Ausência de acreditação	<p><i>“[...] Eu diria que a grande maioria dos psiquiatras não acredita em redução de danos, então isso é o que dificulta, assim como a maioria dos psiquiatras são proibicionistas, são contra uma legalização do uso de substâncias, então eu acho que isso dificulta o trabalho [...]” S8</i></p> <p><i>“ [...] O preconceito do próprio usuário, porque não acredita muito na proposta de redução de danos, a questão moral, religiosa, dos próprios usuários; Eles são muito moralistas, principalmente os alcoolistas né? [...]” S5</i></p> <p><i>“[...] A dificuldade maior no caso é a adesão do usuário, ele compreender que ao longo do</i></p>

	<i>tempo, fazendo e colocando em pratica o que ele compreende e aprende aqui no serviço com redução de danos [...]” S6</i>
--	--

Fonte: Pesquisa direta (2017)

O quadro 4 apresenta informações bem divergentes a respeito dos fatores que dificultam na implementação das estratégias de RD, surgiram cinco ideias centrais, a maioria delas relacionadas ao funcionamento do próprio serviço, a mais mencionada entre os fatores que dificultam o desenvolvimento foi a não aceitação ou não crença na própria política de RD, tanto por parte dos profissionais, quanto por parte dos usuários como foi afirmado por um dos sujeitos participantes, devido a ideia de que a abstinência é a única solução e muitas vezes essa ideia dificulta a desconstrução de paradigmas que devem ser evitados para prestar uma assistência em que o próprio cliente seja protagonista do seu cuidado.

Muitas evidências apontam a eficácia dos mecanismos de RD como uma forma de abordar a realidade do mundo das drogas, no entanto, entende-se que a própria estratégia ainda é pouco utilizada e possui uma imagem parcialmente temida na sociedade, o que torna esse fato mais preocupante é que a abordagem da RD é pouco aceita e entendida em locais onde esse plano de ação é irrevogavelmente necessário (MORERA; PADILHA; ZEFERINO, 2015).

Também foram relatadas entre as dificuldades, a escassez de capacitações profissionais referente a política, suas abordagens e estratégias, bem como as dificuldades relacionadas à intersetorialidade, articulação multiprofissional para abranger as demandas para trabalhar na RD, as falhas do próprio SUS e a família do usuário, todos considerados fatores que muitas vezes dificultam no desenvolvimento das estratégias de RD voltadas aos usuários de álcool e outras drogas.

Relacionado ao setor saúde, os dispositivos da rede assistencial sobre drogas se expressam de forma desarticulada com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), principalmente com a Rede de Atenção Psicossocial a Saúde (RAPS), resultando em fragilidades para promover uma atenção integral aos usuários de drogas. Percebe-se que o encaminhamento é utilizado mais como forma de transferir responsabilidades e não como um trabalho compartilhado, dessa forma, são necessárias formas de articulação, considerando o cenário da RAS e RAPS, principalmente por meio do trabalho multiprofissional e intersetorial de forma integrada (COSTA et al., 2015).

Segundo Souza et al., (2017) uma atuação interdisciplinar da equipe multiprofissional garante um cuidado plural ao usuário, conduzindo o serviço no sentido da integralidade. Dessa

forma, torna-se um ponto essencial para alcançar ações efetivas de RD, quando se trabalha com a questão de vulnerabilidade social, todas as questões do contexto em que o usuário está inserido deve ser considerada.

Nos serviços em que foram realizados os estudos, nota-se que não são todos os profissionais que conhecem ou trabalham na perspectiva da RD, no entanto, de acordo com Tissot et al., (2015) as atividades de RD devem ser realizadas por toda a equipe de saúde com intersectorialidade, sendo assim, a educação permanente direcionada ao campo da RD se constitui uma importante estratégia de cuidado e atenção aos usuários de SPAs.

Quadro 5. Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Como você avalia a política de redução de danos quanto uma medida de saúde pública? “

Ideia Central- 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Avaliação Positiva	<p>“[...] a política de redução de danos quando ela quando ela agrega com outros setores eu acho que é o formato mais adequado pra dá o suporte ao dependente químico [...]” S1</p> <p>“[...] Acho positivo, eu acho que é bem pensado, mas gostaria que ela funcionasse [...]” S8</p> <p>“[...]Como psicóloga eu não vejo acolhimento, não vejo atendimento psicossocial, não vejo um atendimento onde eu respeite o sujeito, a singularidade de cada pessoa que vem aqui em sofrimento, se eu não considerar uma política dessas [...]” S5</p> <p>“[...] eu acho que ela deve ser continuada por que é algo que valoriza a singularidade e não trabalha assim com prescrição de cuidado e sim com construção do cuidado, assim possibilita o usuário continuar vivendo em um território que mesmo tendo fatores de risco, mas sabendo que também existem fatores de proteção [...]” S7</p> <p>“[...]Eu acho que a política de redução de danos tem alguns aspectos positivos e tem outros negativos, mas no contexto geral eu avalio como positivo [...]” S6</p>
Ideia Central- 2	Discurso do Sujeito Coletivo

Avaliação Imparcial e/ou Negativa	<p><i>“[...] De uma certa forma, eu fico no meio termo, porque eu acredito que tem casos que é necessário [...]” S2</i></p> <p><i>“[...] Razoável (risos) porque a gente faz aqui no serviço, mas de uma maneira geral tem muito a se atingir ainda [...]” S4</i></p>
-----------------------------------	---

Fonte: Pesquisa direta (2017)

De acordo com o quadro 5, o qual corresponde ao ponto de vista dos profissionais colaboradores a respeito da política de RD quanto uma medida de saúde pública, assim 62,5% dos participantes se posicionaram a favor da Política de RD como medida de saúde pública, o restante se posicionou de forma negativa e/ou imparcial buscando manter discursos que expressava ambiguidade relacionada ao seu ponto de vista, com respostas que não coincidiam com a postura e expressões não verbais expressadas durante a entrevista.

Os participantes que se posicionaram a favor da RD quanto uma medida de saúde pública, apresentaram em suas falas ideais de aprovação decorrente da valorização do indivíduo como um cidadão com direitos, desejos e anseios. No entanto, ainda apontam a importância e necessidade de uma real implementação da RD de fato, pois se nota que ainda existe pontos negativos que podem ser trabalhados e acrescentados nos serviços relacionadas à essa política.

Alguns dos colaboradores que se posicionaram imparcialmente em seus relatos defendem as medidas de RD como uma forma adicional, quando acreditam que a abstinência como meta não é um objetivo possível de se alcançar, sendo dessa forma a RD pode ser considerada de fato eficiente apenas como uma forma de cuidado, mas não necessariamente um tratamento.

Percebe-se que grande parte não acredita na própria política, apesar de fazer uma avaliação positiva, o que pode ser entendido como uma falta de compreensão acerca do profissional como parte do processo de desenvolvimento da mesma, como se houvesse a ideia de que o desenvolvimento e efetividade da RD existe apenas na teoria e não na prática profissional.

Nessa perspectiva, a RD envolve a quebra de resistências silenciosas por parte de profissionais de saúde que ainda não conseguiram sensibilizar-se com a abordagem, porém quando atuam em serviços regulamentados nesse modo de cuidado, acabam utilizando do modelo psiquiátrico tradicional que visa apenas o diagnóstico médico e o tratamento convencional, excluindo fatores sociais e aderido a uma forma de atenção em que a abstinência é o único caminho (SOUZA et. al., 2017).

No entanto, Tissot et al., (2015) afirmam que proposta da RD não é oposta à abstinência, mas sim uma forma de reduzir os prejuízos relacionados ao consumo de drogas para algumas pessoas, sendo articulada de acordo com os anseios e a vontade do próprio paciente, sem haver imposição alguma por parte dos profissionais, o que remete a uma possível falta de informação relacionada aos objetivos e diretrizes da RD.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo foi possível conhecer alguns aspectos que envolvem a compreensão de profissionais de saúde em torno da RD de Campina Grande e Guarabira, também de como a mesma é implementada e avaliada pelos mesmos, tendo em vista que enquanto uma política do Ministério da Saúde é uma importante ferramenta de atenção aos que fazem o uso de forma abusiva de SPAs.

O consumo de drogas tem se tornado um desafio importante para a saúde pública, exigindo melhor atenção sobretudo por parte dos gestores. Desse modo, tem se elaborado políticas públicas voltadas para o consumo abusivo de álcool e drogas, apesar das barreiras ainda existentes.

De acordo com a realização deste estudo foi possível alcançar os objetivos propostos ao modo em que foi possível identificar uma fragilidade relacionada ao conhecimento por parte dos participantes, profissionais de saúde de serviços especializados na temática do álcool e das drogas, a respeito da Política de Redução de Danos, ao modo que se evidencia que há o conhecimento da RD por parte da maioria dos profissionais, no entanto, ainda se percebeu que alguns apresentavam domínio do assunto de forma insatisfatória. Observou-se também que alguns profissionais reconhecem a RD como uma medida que respeita a autonomia e o poder de decisão do usuário, atentando as suas singularidades e priorizando o respeito ao sujeito.

Foi possível também apontar que apesar da importância das estratégias de RD, a informação a respeito do tema ainda é pouco disseminada ou mal compreendida por uma parcela dos participantes e até mesmo dos próprios usuários, como foi citado por alguns entrevistados. No entanto, a outra parcela de colaboradores apresentava ideias e concepções bem fundamentadas e afirmam implementar a metodologia da RD conforme as necessidades dos usuários do determinado serviço e também de acordo com a disponibilidade dos recursos.

Quanto ao perfil sócio demográfico, a maior parte dos entrevistados são do sexo feminino, adultos, casados e com formação profissional em medicina, enfermagem e psicologia, no entanto percebe-se que apesar do local de estudo ser Centros de Atenção Psicossocial de álcool e drogas, os dados expõem que apenas três dos participantes possuem uma especialização relacionada a dependência química ou álcool e drogas, enquanto a maioria possuem especializações relacionadas a psiquiatria e a saúde mental, o que pode justificar os resultados percebido pela pesquisa, sabe-se que trabalhar com pessoas em situação de vulnerabilidade e

estigma, como as pessoas que fazem o consumo de drogas, requer uma abordagem elaborada, bem como capacitações específicas voltadas a desmistificação do usuário de droga como um cidadão marginalizado e enxerga-lo como um cidadão que tem o direito aos serviços de saúde de forma igualitária, para que sejam inseridos frente a essa demanda, profissionais humanizados e capacitados para saber ouvir, acolher para promover criação de vínculo com os usuários.

Em relação as estratégias utilizadas nos serviços que compõe essa pesquisa, evidenciam-se que há uma fragilidade em relação a criatividade na adoção de medidas de implementação das ações e estratégias voltadas a RD, pois percebe-se que apesar das múltiplas formas de trabalhar com RD nos serviços, ainda falam com maior frequência, apenas nas atividades grupais de forma geral, no entanto atuar com RD requer também ações específicas voltadas ao uso abusivo de substancias conforme a necessidade e particularidade do indivíduo. Dessa forma é necessário elaboração e implementação de estratégias voltadas especificamente para as determinadas substâncias, bem como a elaboração de grupos para RD em eventos festivos, distribuição de insumos de redução de danos e orientações em locais em que há pessoas em situação de rua e para isso torna-se necessário a articulação com as equipes de consultório de rua, dado que essa articulação possibilita a adesão dos usuários em situação de rua, para que busquem o serviço de atenção no CAPS AD, promovendo uma rede de atenção fortalecida que de o suporte a esse público.

No entanto, foi observado que existem dificuldades e resistências para incluir essas novas medidas no cotidiano do trabalho, principalmente devido ao preconceito com o usuário de droga por parte de profissionais, comunidade e a sociedade de forma geral, também por ter a percepção que a única forma de lidar com os usuários é através dos tratamentos que visam a abstinência como cura, porém, perceber a RD como algo contrário a abstinência é impróprio e precipitado, pois como foi citado por um participante a RD inclui em sua política a abstinência desde que seja por vontade própria do usuário e em sua portaria não exclui a abstinência também como uma possível meta.

Todavia, esta estratégia precisa ser integrada por todos da equipe multiprofissional da instituição, pois destacou um dos participantes que enxerga a implementação da RD de forma isolada, outros profissionais já afirmaram que a questão da intersetorialidade ainda se encontra com uma certa fragilidade, desse modo acaba por comprometer o funcionamento efetivo da PRD, tendo em vista que é de grande relevância uma rede de atenção bem articulada que comportem o setor saúde e também o setor social, promovendo uma abordagem integral aos indivíduos. Um outro desafio citado por algum dos colaboradores foi a questão das capacitações

profissionais que enfatizem a RD, para promover a equipe o desenvolvimento de uma prática inovadora que atenda as demandas existentes.

De forma geral, foi constatado que apesar das concepções terem se apresentados de forma mais limitada, vale ressaltar que a RD é implementada e também avaliada de forma positiva por maioria dos profissionais, quanto ao modelo de cuidado, de atenção ao indivíduo e sua autonomia, logo há a existência de uma contradição, dado que há o reconhecimento da RD como uma medida favorável para diversas questões de saúde e sociais, no que tange a sua autonomia e ao acesso aos serviços, no entanto outros profissionais deixam claro a ênfase na abstinência, o que desconsidera o poder de escolha e a vontade do usuário em relação a construção do seu cuidado diante da dependência química, evidenciando assim um modelo de atenção ainda proibicionista e curativista presente nas modalidades de atenção aos usuários de SPAs, que acaba por impulsionar ou postergar a implementação de estratégia de RD.

Apesar disto, foram evidenciados e considerados grandes avanços já alcançados com as novas formas de cuidado por meio do PRD, quando se trata dos próprios profissionais a citarem e já a incluir em suas rotinas, mesmo que ainda de forma reduzida diante das diversas formas de promover RD, por meio da divulgação de informações e incentivo para atuar diante desse novo direcionamento dado a assistência aos usuários de álcool e outras drogas e por ser uma estratégia ainda considerada inovadora, ainda tem muito o que alcançar e para isso é necessário mais pesquisas e estudos acerca da temática, investimento em capacitações e especializações profissionais voltada a área em discussão e promover sempre as práticas da educação continuada nos serviços de atenção ao usuário.

Assim, entende-se a importância de mudanças impulsionadas na forma de consumo destas substâncias de forma que se tenha ações de promoção da saúde com o apoio da gestão desde a elaboração, implementação e manutenção de política públicas voltadas especificamente aos usuários.

Neste sentido, esperamos que o presente estudo possa contribuir para trazer novos fundamentos para somar aos estudos já existentes acerca do tema e que não se delimite apenas ao meio acadêmico, mas que sirva de elemento para o conhecimento público, seja incentivando gestores e profissionais a incluírem de forma mais adequada a implementação da RD, fomentando direcionamentos de atenção do cuidado aos usuários voltados a um novo modelo de enfrentar e atenuar os danos relacionados a problemática das drogas.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S.; LIMA, I. M. S. O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. *Revista de Direito Sanitário*, v. 13, n. 3, 2013.

ALMEIDA, A.S; FUREGATO, A.R.F. Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. *Revista de Enfermagem e Atenção A Saúde*, Minas Gerais, v. 4, n. 1, p.79-88, jun. 2015.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p.4665-4674, out. 2011.

BATISTA, L. S. S.; BATISTA, M.; CONSTANTINO, P. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas do CAPS AD em 200 e 2009, Campos dos Goytacazes, RJ. *Rev Perspectivas online*, v. 7, n. 2, p. 23-38, 2012

BISCARDE, D. G. S.; PEREIRA-SANTOS, M.; SILVA, L. B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [s.l.], v. 18, n. 48, p.177-186, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços. *Diário Oficial da União*, Brasília DF, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 1.028, de 2005. Determinam que as ações de redução de danos sociais e a saúde provenientes do consumo de substâncias psicoativas regulamentam suas ações. *Diário Oficial da União*, Brasília DF, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. *Diário Oficial da União*, Brasília DF, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3. – 9. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

CLARO, Heloísa Garcia et al. Drug use, mental health and problems related to crime and violence: cross-sectional study. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 23, n. 6, p.1173-1180, dez. 2015

CARVALHO, B.; DIMENSTEIN, M. Análise do discurso sobre redução de danos num CAPSad III e em uma comunidade terapêutica. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 25, n. 2, p.2-13, jun. 2017.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da et al. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.395-406, fev. 2015.

COSTA, J.H.R; SILVA, M.N.A. Informar para reduzir: a importância do projeto “saúde (de cara) na rua” para a prevenção da dependência química, a partir da perspectiva da redução de danos. **Revista Brasileira de Direito**, Passo Fundo, v. 12, n. 1, p.112-126, jun. 2016.

FERRAZ, L.; VENDRUSCOLO, C.; MARMET, S. Educação permanente na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 2, p.196-207, ago. 2014.

FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. Discurso do sujeito coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quantiqualitativa. *Distúrb Comun*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 129-136, 2013.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa.6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Histórico Guarabira (PB)**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualização/dtbs/paraiba/guarabira.pdf>. Acesso em: 10/03/2017.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População – Guarabira (PB)**. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_urb_rur.php?codigo=25050. Acesso em: 10/03/2017.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Histórico Campina Grande (PB)**. Brasília, 2010. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualização/dtbs/paraiba/campina_grande.pdf. Acesso em: 10/03/2017.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População – Campina Grande (PB)**. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_urb_rur.php?codigo=25050. Acesso em: 10/03/2017.

INGLEZ-DIAS, A.; RIBEIRO, J. M.; BASTOS, F. I.; PAGE, K. Políticas de redução de Danos no Brasil: Contribuições de um programa norte-americano. *Rev Ciência & saúde coletiva*, v. 19, n. 1, p. 147-57, 2014.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p.517-524, dez. 2006.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.502-507, jun. 2014

MACHADO, L.V; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 33, n. 3, p.580-595, 2013.

MACIEL, M. E.D; VARGAS, D. Redução de danos: uma alternativa ao fracasso no combate às drogas. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 20, n. 1, p.207-210, mar. 2015.

MALISKA, I.C.A; PADILHA, M. I; ANDRADE, Selma Regina. Redução de Danos em Florianópolis-SC: uma política estratégica de prevenção e cuidado à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 16, n. 1, p.170-178, 31 mar. 2014.

MINAYO, M.C. de S. (2010). O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. (12ª edição). São Paulo: Hucitec- Abrasco

MORAES, R. C.; CASTRO-SILVA, C. R. Sentidos e processos psicossociais envolvidos na inclusão pelo Trabalho na saúde mental. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 36, n. 6, p. 748-762, 2016.

MOREIRA, Wanderson Carneiro et al. Álcool e outras drogas: contribuições de uma liga acadêmica para a formação em Enfermagem. **Revista de Enfermagem da Ufpi**, Piauí, v. 3, n. 6, p.82-88, set. 2017.

MORERA, J. A. C.; PADILHA, M. I. C. S.; ZEFERINO, M. T. Políticas e estratégias de redução de danos para usuários de drogas. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 1, p.76-85, mar. 2015.

MATEUS, M. D. **Políticas de saúde mental**: Baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400 p.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. Metodologia do trabalho: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. – Novo Hamburgo: 2013.

ROSA, P. O. Drogas e Biopolítica: Uma genealogia da Redução de Danos. Tese doutorado, 373 f, 2012.

SOUZA, D. R. Redução de Danos (RD): Análises das Concepções dos Profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD). Dissertação Mestrado, 108 f, 2013.

SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, v. 22, n. 1, 2014.

SOUZA, Delza Rodrigues et al. Resistências dos profissionais da atenção psicossocial em álcool/drogas à abordagem de redução de danos. **J Nurs Health**, Pelotas, n. 1, p.16-24, 2017.

SILVA, D. L.; KNOBLOCH, F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 20, n. 57, p.325-335, jun. 2016.

TISOTT, Z. L.; HILDEBRANDT, L. M.; LEITE, M. T.; MARTINS, R. V.; COSENTINO, S. F. Álcool e outras drogas e a implantação da política de redução de danos no Brasil: Revisão Narrativa. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 13, n. 43, p. 79-89, 2015

TONDIN, M. C.; NETA, M. A. B.; PASSOS, L. A. Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. *Revista de Educação Pública*, v. 22, n. 49, 2013.

APÊNDICES

Apêndice 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE MATERIAL EMPÍRICO

Dados Sociodemográficos
Faixa Etária: 18 – 30 (<input type="checkbox"/>) 31 – 40 (<input type="checkbox"/>) 41 – 50 (<input type="checkbox"/>) 51 – 59 (<input type="checkbox"/>) > de 60 (<input type="checkbox"/>) Estado Civil: Solteiro (<input type="checkbox"/>) Casado (<input type="checkbox"/>) Viúvo (<input type="checkbox"/>) Divorciado (<input type="checkbox"/>) Outros (<input type="checkbox"/>): _____ Formação Acadêmica: _____ Ano: _____ Especializações e Pós graduações: _____
Questões Norteadoras da Entrevista
<ol style="list-style-type: none"> 1. O que você conhece sobre Redução de Danos? 2. Quanto política, qual o seu conhecimento? 3. Existem ações de Redução de Danos colocadas em práticas neste serviço? Se sim, quais? 4. Existem fatores que dificultam no desenvolvimento dessas ações? Se sim, quais? 5. Como você avalia a política de Redução de Danos quanto uma medida de Saúde Pública?

Apêndice 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante: Profissional de Saúde

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado: “Política de Redução de Danos: Percepção dos Profissionais do Centro de Atenção Psicossocial”. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____,
 profissão _____, residente na _____ e
 domiciliado na _____, portador da Cédula de
 identidade, RG _____, e inscrito no CPF/MF _____
 nascido em ____ / ____ / _____, abaixo assinado, concordo de livre e espontânea vontade
 em participar como voluntário do estudo. Declaro que obtive todas as informações necessárias,
 bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Ainda
 declaro que obtive todas as informações necessárias sobre a Resolução 466/2012, que dispõe
 sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, estou ciente que:

D) O estudo se faz necessário para que se possa: Analisar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas sobre a Política de Redução de Danos e as estratégias que são executadas no serviço para os usuários de álcool e drogas.

- II) A participação neste projeto trará uma ponderação entre riscos/desconfortos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, pois ela não tem o objetivo de me submeter a nenhum tratamento, como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo, podendo causar apenas um desconforto no momento da entrevista;
- III) Buscará o momento, a condição e o local mais adequado para que o ocorra o esclarecimento sobre o estudo, considerando, para isso, que a coleta dos dados ocorrerá no local mais adequado ao participante, respeitando as peculiaridades e a privacidade;
- IV) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- V) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde, ou bem estar físico e educacional. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico, nem no desenvolvimento educacional;
- VI) Será garantido o ressarcimento e que serão cobertas as despesas tidas por mim, durante a pesquisa e dela decorrente;
- VII) Será garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;
- VIII) A entrevista será gravada a partir de um gravador de voz digital da marca Sony. Durante a realização da pesquisa, o pesquisador utilizará um diário de campo, a fim de registrar suas impressões;
- IX) O participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- X) Os resultados obtidos durante esta pesquisa serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- XI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.
- () Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- () Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- XII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro

(CEP/HUAC)¹, a Universidade Federal de Campina Grande *campus* Cuité e a Delegacia Regional de Cuité.

Cuité, _____ de _____ de _____.

Participante da pesquisa: _____

(Assinatura)

Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa (OBS: utilizado apenas nos caso sem que não seja possível a coleta da assinatura do participante da pesquisa).



Pesquisador Responsável: _____

Pesquisador Colaborador: _____

Pesquisador Responsável: Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal – Universidade Federal de Campina Grande, Sítio Olho D'Água da Bica – Cuité (PB). Contato: (83)9 9931-0888.

¹Endereço do Comitê de Ética do HUAC: R. Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande-PB. CEP: 58. 107-670. E mail: cep@huac.ufcg.edu.br. Telefone: (83) 2101-5545.

ANEXOS

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Pesquisador: FRANCIENE FIGUEIRDO DA SILVA PASCOAL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 77728017.7.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.360.772

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritivo, sob a perspectiva de uma abordagem qualitativa. A pesquisa será desenvolvida nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Droga dos municípios de Guarabira e Campina Grande, ambos no estado da Paraíba.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a percepção dos profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial AD sobre a Política de Redução de Danos.

Objetivo Secundário:

- Descrever as ações de Redução de Danos utilizadas pelos profissionais;
- Evidenciar os fatores que dificultam o desenvolvimento das estratégias de Redução de Danos;
- Verificar os resultados alcançados nos CAPS-AD através da prática de Redução de Danos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora prevê os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e viável do ponto de vista científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
 Bairro: São José CEP: 58.107-670
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)2101-6545 Fax: (83)2101-6523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br