



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

NAYANA SANTOS ARÊA SOARES

**POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: conhecimentos, concepções e práticas dos  
profissionais da Estratégia de Saúde da Família.**

TERESINA  
2019

NAYANA SANTOS ARÊA SOARES

**POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: conhecimentos, concepções e práticas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof. Dra. Márcia Astrês Fernandes

**Área de concentração:** Enfermagem no Contexto Social Brasileiro

**Linha de Pesquisa:** Políticas e Práticas Sócio-educativas em Enfermagem

TERESINA  
2019

Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca Setorial do CCS  
Serviço de Processamento Técnico

S676p Soares, Nayana Santos Arêa.  
Política de redução de danos : conhecimentos, concepções e práticas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família / Nayana Santos Arêa Soares. -- Teresina, 2019.  
92 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.  
“Orientação: Prof. Dra. Márcia Astrês Fernandes.”  
Bibliografia

1. Redução de Danos. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Vulnerabilidade Social. 4. Educação em Saúde. I. Título.

CDD 610.73

NAYANA SANTOS ARÊA SOARES

**POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: conhecimentos, concepções e prática dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes (Orientadora)  
Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Piauí

---

Prof. Dr. Antônio Germane Alves Pinto – 1ª Examinador  
Universidade Regional do Cariri-URCA/CE.

---

Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro – 2ª Examinadora  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

---

Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura – Suplente  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Aos usuários de substâncias psicoativas, aqueles que estão por toda parte, aguardando uma oportunidade de serem acolhidos e resgatados à dignidade.

Ao Andrey Victor, meu filho, por partilhar de todos os momentos da minha vida.

A pessoa que usa drogas  
Não deve ser excluída  
Precisa é de respeito  
De falar e ser ouvida  
De se sentir cidadã.  
Acreditar no amanhã;  
Precisa ser acolhida.

(ANNE KAROLINNE  
NEGREIROS)

## AGRADECIMENTOS

Terminada mais essa etapa de formação, não posso deixar de lembrar-me de todos que auxiliaram nessa caminhada, com quem partilhei dúvidas, dificuldades, também, alegrias. As adversidades, marcadas por exigências da vida profissional e, principalmente, pessoal foram muitas e quero deixar aqui expressa a minha gratidão para quem ao longo do tempo esteve presente e contribuindo para este momento:

Primeiramente a Deus, por me conduzir à fé verdadeira, permitindo que cada momento, independentemente da situação, seja propício ao aprendizado;

À minha orientadora, Professora Dr<sup>a</sup> Márcia Astrês Fernandes, pela paciência, cuidado e sensibilidade; por conduzir este trabalho com sabedoria. Agradeço, principalmente, por partilhar momentos valiosos em conhecimento, tornando esses anos de pesquisa memoráveis em minha vida.

À Universidade Federal do Piauí, na pessoa do Magnífico Reitor Prof. Dr. José Arimatéia Dantas, pela oportunidade da realização deste mestrado;

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí-UFPI, pela dedicação e competência na condução do curso.

Aos professores examinadores: Prof. Dr. Antônio Germane Alves Pinto, Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Claudete Ferreira de Souza Monteiro e a Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Eliete Batista Moura, por oportunizarem contribuições valiosas a esta pesquisa;

Aos professores desse programa, pelo empenho, incentivo e dedicação nos seus modos de compartilhar seus ensinamentos e, sobretudo, por me fazerem compreender o sentido da pesquisa;

Aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Teresina-PI, pela colaboração e disponibilidade que tiveram ao participarem desta pesquisa;

Aos meus pais Francisco Ribeiro dos Santos e Rosa Soares Campelo Santos que sempre lutaram pela minha educação e foram responsáveis diretos pela minha integridade. Mesmo diante de tantas limitações nunca mediram esforços para oferecerem condições necessárias para que eu prosseguisse nos estudos, colocando educação, sempre em primeiro plano;

Ao meu irmão, Franconero Ribeiro dos Santos, por estar sempre a compartilhar momentos decisivos de minha vida, e sempre me deu forças para seguir em meus propósitos;

Ao meu esposo, Cleomar Arêa Soares, pelo amor, parceria e paciência ao longo dos anos. Agradeço pelos momentos em que ele me tirou do trabalho para que eu pudesse olhar o “mundo externo” recuperar o fôlego e seguir novamente;

Ao meu Filho, Andrey Victor Arêa Soares, por perdoar minha ausência, e já compreender a importância de buscar o conhecimento, de estarmos sempre unidos;

À minha amiga, Aline Raquel de Sousa Ibiapina, pela grande contribuição durante a utilização do Software na minha pesquisa, por me direcionar ao caminho da pesquisa;

Aos amigos do mestrado, em especial à Francisca Aline Amaral da Silva, por partilharmos esta caminhada com muita cumplicidade, o que potencializou nossa parceria, fortalecendo amizade;

Às amigas, Layanne Renata Moraes Soares, Isairane Ribeiro de Sousa e Verlene Maria Vieira Magalhães Costa pelo apoio durante essa jornada, são nestes momentos desafiadores que as amizades realmente se materializam.

Ao meu Gestor, Senhor José Richardson da Costa Silva, pelo incentivo aos meus estudos, pela confiança e compreensão profissional.

## RESUMO

**Introdução:** A Política de Redução de Danos é uma proposta desafiadora para as políticas públicas de saúde, especificamente por promover um delineamento de atenção direcionada aos usuários de substâncias psicoativas. A dicotomia entre as ações de liberdade e o paradigma da abstinência dificulta a consolidação de estratégias de saúde que sejam efetivamente direcionadas à necessidade individual do usuário, com o intuito de minimizar riscos e agravos à saúde. **Objetivo:** Analisar os conhecimentos, concepções e práticas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família em relação à Política de Redução de Danos. **Metodologia:** Constituiu-se de um delineamento qualitativo, desenvolvido com 24 profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Teresina, Piauí. A coleta foi realizada no período de janeiro a abril de 2018 com uso da entrevista semiestruturada, seguida pela análise dos dados processados através do programa de *software* IRAMUTEQ, por meio da Análise de similitude e pelo método da Classificação Hierárquica Descendente. **Resultados:** Emergiram dois segmentos, cada um composto por duas classes: Segmento 01: Política de Redução de danos como estratégia de cuidados na Estratégia de Saúde da Família; e Segmento 02: Conhecimento sobre a Política de Redução de Danos. No primeiro, evidenciamos, na Classe 3, algumas ações de redução de danos desenvolvidas no cotidiano dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, enquanto que, na Classe 4, foi possível compreendermos a existência de possíveis articulações entre a Estratégia Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial. No segundo segmento, houve a representatividade, na Classe 1, da concepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre a Política de Redução de Danos, e a Classe 2 descreve o conhecimento dos profissionais sobre esta política. **Conclusão:** Os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família reconhecem a Política de Redução de Danos como promissora, no momento em que admitem a necessidade de assistirem cada usuário em suas singularidades. Contudo, o cotidiano de suas práticas revela que são tímidas as ações efetivamente desenvolvidas e que ainda existe um enorme caminho a ser trilhado.

**Descritores:** Redução de Danos. Atenção Primária à Saúde. Vulnerabilidade Social. Educação em Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Harm Reduction Policy represents a challenging proposal for public health policies, specifically to promote a design of care directed to users of psychoactive substances. The dichotomy between actions of freedom and the abstinence paradigm hinders consolidating health strategies that are effectively directed at the user's individual needs, in order to minimize risks and health problems. **Objective:** To analyze the knowledge, conceptions and practices of the Family Health Strategy professionals in relation to the Harm Reduction Policy. **Methodology:** This was a qualitative design, developed with 24 professionals of the Strategy of Family Health of the municipality of Teresina, Piauí. Data collection occurred during the months from January to April 2018 using the semi-structured interview, followed by data analysis processed through the IRAMUTEQ software, through the Similarity Analysis and the Descending Hierarchical Classification method. **Results:** Two segments emerged, each composed of two classes: Segment 01: Harm reduction policy as a care strategy in the Family Health Strategy; and Segment 02: Knowledge of the Harm Reduction Policy. In the first one, we showed, in Class 3, some harm reduction actions developed in the daily life of the Family Health Strategy professionals, while in Class 4, it was possible to understand the existence of possible articulations between the Family Health Strategy and the Center of Psychosocial Attention. In the second segment, there was, in Class 1, the representation of the FHS professionals' conception of the Harm Reduction Policy, and Class 2 describes the professionals' knowledge about this policy. **Conclusion:** Family Health Strategy health professionals recognize the Harm Reduction Policy as promising, when they admit the need to assist each user in their singularities. However, the daily practice reveals that a few actions are effectively developed and that there is still a great way to go.

**Descriptors:** Harm Reduction. Primary Health Care. Social Vulnerability. Health Education.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Síntese do surgimento da PRD como estratégia de saúde.	20
<b>Quadro 2</b>	Dispositivos da APS que utilizam a PRD	27
<b>Quadro 3</b>	PRD desenvolvida no contexto da APS.	28

### FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Mapa geográfico da localização de Teresina no Brasil e no Piauí. Teresina, 2019.	34
<b>Figura 2</b>	Índice de Desenvolvimento Humano da Cidade de Teresina	35
<b>Figura 3</b>	Análise de similitude da concepção dos profissionais da ESF sobre a PRD. Teresina, 2019.	42
<b>Figura 4</b>	Análise de similitude da concepção dos profissionais da ESF sobre a PRD. Teresina, 2019.	44
<b>Figura 5</b>	Dendograma das classes obtidas a partir do corpus. Teresina, 2019.	46
<b>Figura 6</b>	Dendograma com percentual de cada classe, as principais palavras e $X^2$ de cada palavra. Teresina, 2019.	46
<b>Figura 7</b>	Descrição do conteúdo das classes. Teresina, 2019.	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABORDA</b>	Associação Brasileira de Redutores de Danos
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AIDS</b>	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>AUDIT</b>	Alcohol Use Disorder Identification Test
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CHD</b>	Classificação Hierárquica Descendente
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CnR</b>	Consultório na Rua
<b>DCRs</b>	Drug consumption rooms
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>HCV</b>	Vírus da hepatite C
<b>IRAMUTEC</b>	Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textex et de Questionnaires
<b>IST</b>	Infecções Sexualmente Transmissíveis
<b>MMT</b>	Tratamento de Manutenção com Metadona
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NSP</b>	Needle Syringe Programme
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OST</b>	Opioid Substitution Treatment
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PRD</b>	Política de Redução de Danos
<b>RAS</b>	Redes de Atenção à Saúde
<b>REDUC</b>	Rede Brasileira de Redução de Danos
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UCE</b>	Unidades de Contexto Elementares

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2 REFERENCIAL TEMÁTICO</b>	<b>17</b>
<b>2.1 POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: Aspectos Históricos, Conceituais e Legais</b>	<b>17</b>
<b>2.2 REDUÇÃO DE DANOS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: tecendo um recorte à Estratégia de Saúde da Família.</b>	<b>22</b>
<b>2.3 VULNERABILIDADE SOCIAL: uma breve reflexão</b>	<b>29</b>
<b>3 METODOLOGIA</b>	<b>33</b>
<b>3.1 Tipo de estudo</b>	<b>33</b>
<b>3.2 Cenário do Estudo</b>	<b>33</b>
<b>3.3 Participantes do Estudo</b>	<b>35</b>
<b>3.4 Produção dos Dados</b>	<b>36</b>
<b>3.5 Processamento e Análise dos Dados</b>	<b>37</b>
<b>3.6 Aspectos éticos e legais</b>	<b>38</b>
<b>3.7 Riscos e Benefícios</b>	<b>38</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>39</b>
<b>4.1 Caracterização dos participantes do estudo</b>	<b>39</b>
<b>4.2 Análise de Similitude</b>	<b>41</b>
<b>4.3 Organização de classes</b>	<b>45</b>
<b>4.4 Descrição do conteúdo das classes</b>	<b>47</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>69</b>
<b>Limitações do estudo</b>	<b>70</b>
<b>Contribuições do estudo</b>	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

A Política de Redução de Danos (PRD) apresenta-se como um conjunto de ações destinadas a reduzir as consequências negativas do uso e conseqüentemente do abuso das substâncias psicoativas, com vistas à diminuição dos danos pertencentes ao campo social que aborda o cenário da marginalização, vulnerabilidade, criminalização e ao campo da saúde, com suas múltiplas infecções (MORERA; PADILHA; ZEFERINO, 2015).

Na ótica da saúde pública, a PRD traz o conceito legitimador de um conjunto estratégico que visa a minimizar os danos ocasionados pelo uso de diferentes substâncias psicoativas, sem necessariamente exigir a abstinência do seu uso. O entendimento dessa política é que, no período em que a abstinência não for possível ou desejada, já é possível evitar agravos à saúde com as medidas de redução de danos (INGLEZ-DIAS, 2014; MIRANDA *et al.*, 2018).

Nesse entendimento, a PRD corrobora para melhoria das condições de vida e saúde do usuário de substância psicoativa de modo a propiciar oportunidades de assistência à saúde, assistência social com iniciativas a oferecer condições para que o sujeito possa repensar sua relação com as drogas. Cabe, assim, conceber a PRD como caminho promissor às políticas públicas por reconhecer cada usuário em suas singularidades (GOMES; VECCHIA, 2018).

A primeira intervenção com propostas de redução de danos ocorreu no Reino Unido, no ano de 1926, quando houve a liberação aos dependentes de opióides para receber dos profissionais da medicina a prescrição de drogas, com a perspectiva de oferecer ao dependente certa estabilidade, como forma de minimizar os efeitos mais prejudiciais à saúde, considerando que, nesta conduta, não havia a intenção de oferecer a droga ao paciente com a finalidade de satisfação (TISOTT *et al.*, 2015).

Somente na década de 80, com a crescente propagação da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e das Hepatites virais na Holanda, a PRD é adotada como medida de saúde pública. Neste sentido, tinha como estratégia a disponibilização de seringas e agulhas esterilizadas aos usuários de substâncias psicoativas, para evitar que fossem compartilhadas, tornando-se relevante no controle destas e outras infecções de transmissão sexual e sanguínea. Vale ressaltar que tal medida fora expandida para outros países como Austrália, Canadá, França, Escócia e Inglaterra (MACHADO; BOARINI, 2013).

Na realidade brasileira, a primeira iniciativa de promoção de trocas de seringas entre usuários de drogas injetáveis, com vistas à redução de danos, aconteceu no ano de 1989, na cidade de Santos, localizada no estado de São Paulo, onde se concentrava grande parte dos

casos de AIDS. Esta atitude era considerada por muitos como indevida e fomentadora da dependência química, visto o preconceito preexistente relacionado ao uso de drogas. Também, a associação com gastos públicos foi tomada como pretexto providencial para que os gestores públicos não apoiassem as primeiras práticas advindas dessa política (VELOSO, *et al.*, 2016).

Nesta perspectiva, a PRD potencializa a ideia de um conjunto estratégico de medidas de saúde pública destinadas a minimizar as consequências adversas do uso prejudicial de substâncias psicoativas. Tais medidas possuem o objetivo de diminuir os riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocado pelo efeito do consumo da substância, sem preconizar a imediata abstinência (SANTOS; COSTA, 2016).

Nessa mesma direção, avanços importantes nas intervenções para usuários de substâncias psicoativas, em particular aqueles que usam opióides e drogas injetáveis, ocorreram nas últimas décadas, com os serviços de redução de danos, através dos programas de agulhas e seringas e a terapia com agonistas de opiáceos foram estabelecidos com diversos países (SAMET, 2015; HARM REDUCTION INTERNATIONAL, 2016). Tal iniciativa contribuiu para reduções nas infecções virais como o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o vírus da hepatite C (HCV), tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis (IST), infecções da pele, criminalidade, overdose e outras complicações advindas do uso proeminente das drogas (WIESSING *et al.*, 2017).

O cenário da PRD corrobora para melhoria das condições de vida e saúde dos usuários de drogas, visando a mantê-los em parceria com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e de assistência social, evitando a marginalização. Também se destaca por reconhecer a singularidade de cada sujeito, respeitando a relação que os usuários têm com suas drogas de preferência. Dessa forma, o profissional cria estratégias junto ao usuário com o objetivo de promoção da saúde, e junto a isso, é assegurado o respeito à sua dignidade (GOMES; VECCHIA, 2018).

Considera-se, portanto, que a referida política representa um grande avanço na assistência aos usuários de substâncias psicoativas, em face do cuidar ético e singular, baseado em uma abordagem contextualizada que prioriza a liberdade e autonomia do usuário (DOURADO *et al.*, 2014).

Nessa lógica, destaca-se também a relevância do usuário em reconhecer a singularidade da relação que têm com sua droga de preferência. Ao considerar a partir desta perspectiva, torna-se possível traçar estratégias junto ao usuário que visem promover a saúde, respeito e dignidade (GOMES; VECCHIA, 2018).

E assim, os processos de legitimação dessa política são consolidados através de seus objetivos bem estruturados como a associação à promoção e ao desenvolvimento de uma política social e de saúde inclusiva, de modo a oferecer uma rede de apoio adaptada às necessidades e demandas dos usuários de substâncias psicoativas (MORERA; PADILHA; ZEFERINO, 2015).

Destaca-se a pluralidade da temática em questão e conclui-se que a PRD possui um significado amplo de potencialização às ações de prevenção, tratamento e reabilitação ao usuário de substâncias psicoativas, estando relativamente inserida como medida necessária de saúde pública. De forma que se compreende a relevância da APS, em especial da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por ser a principal conhecedora do território e atuar como instrumento de articulação entre o processo de conhecimento e aceitação do usuário frente à realidade desta política (FORTESKI; FARIA, 2013).

Nesse sentido, percebe-se que o desenvolvimento da PRD na APS depende da equipe de ESF, visto que esta trabalha na perspectiva de construção de um plano de cuidados com base na história cotidiana do usuário, nos seus vínculos e nas demais questões que estruturam a vida desse sujeito (NOGUEIRA; PONTES, 2017, p.97.).

Frente a problemática apresentada, tem-se como objeto deste estudo os conhecimentos, as concepções e práticas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre a Política de Redução de Danos. A partir do qual se questiona: Quais os conhecimentos, concepções e práticas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família em relação à Política de Redução de Danos?

Assim, delineou-se como objetivos:

- ✓ Caracterizar os participantes do estudo quanto aos aspectos sociodemográficos e ocupacionais;
- ✓ Analisar os conhecimentos, concepções e práticas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação à Política de Redução de Danos.

A propósito da justificativa para o estudo, destaca-se que a motivação decorreu pela aproximação com a temática no ano de 2014, por ocasião da participação em um projeto do Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde /Escola Técnica do SUS, que apresentou como proposta capacitar profissionais da saúde da Estratégia de Saúde da Família para ampliação das possibilidades de atuação no acolhimento e escuta embasando as práticas de cuidado em saúde mental, com ênfase nos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

A experiência com esta formação foi significativa por trazer a primeira aproximação com o contexto da saúde mental que se direciona para a Política de Redução de Danos, tema bastante discutido e problematizado durante o curso. Ademais, a vivência possibilitou a interação com os profissionais de saúde que relatavam, durante os encontros, a angústia em receber na Unidade Básica de Saúde (UBS), ou até mesmo durante as visitas domiciliares, usuários de crack, álcool e outras drogas, e não possuírem preparo específico para acolher esta demanda.

E assim, surgiu essa inquietude em desvelar os conhecimentos, concepções e práticas dos profissionais da ESF sobre a PRD direcionada a pacientes usuários de substâncias psicoativas.

Considera-se oportuna e necessária tal investigação, visto que a ESF configura-se como elo articulador na garantia da atenção a saúde e busca a integralidade do usuário, por meio de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Ademais, a partir do conhecimento produzido, a pesquisa poderá fornecer subsídios para a gestão municipal implementar políticas e ações que ensejem melhorias na atuação destes profissionais no contexto da PRD e, por conseguinte, uma assistência mais qualificada aos usuários de substâncias psicoativas.

## 2 REFERENCIAL TEMÁTICO

Este capítulo apresenta aspectos históricos referentes à compreensão da PRD por meio de um breve resgate acerca da temática. Assim, apresenta as seguintes sessões: Política de Redução de Danos: aspectos históricos; Redução de Danos no âmbito da Atenção Primária à Saúde: um recorte para Estratégia de Saúde da Família; Vulnerabilidade Social: uma breve reflexão.

### 2.1 POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: Aspectos históricos, conceituais e legais.

A primeira concepção de redução de danos ocorreu na Inglaterra, com o Relatório de Rolleston, publicado em 1926. O nome decorre de Sir Humphrey Holleston, ex-presidente do Colégio Real de Médicos do Reino Unido. Esse relatório foi pautado na liberação de prescrição controlada de drogas aos de opiáceos com o objetivo de reduzir os prejuízos à saúde destes usuários. Momento importante por destacar-se pelo alívio dos sintomas e administração da droga de forma controlada e não a abstinência como fator preponderante (TISOTT *et al.*, 2015).

Na década de 80, em Amsterdã, na Holanda, a Redução de Danos é impulsionada como política pública através de um programa experimental com troca de agulhas e seringas aos usuários de substâncias psicoativas, que trouxe em seu contexto a articulação entre movimentos sociais, que tinha como demanda as melhores condições de vida dos usuários de substâncias psicoativas. Este movimento social ficou conhecido como *Junkiebon* (associação de usuários de drogas injetáveis) que tinha a proposição de uma busca por melhores condições de vida e de saúde a usuários de drogas injetáveis e a redução do nível de contaminação pelo vírus da AIDS e da Hepatite B por compartilhamento de seringas (MACHADO; BOARINI, 2013).

Outra perspectiva sobre esse fato ocorreu na Holanda. Segundo Benevides e Prestes (2014), essa movimentação não estava direcionada às drogas, mas objetivava prioritariamente conter o surto das Infecções Sexualmente Transmissível (IST), que se expandiam em decorrência da propagação das drogas injetáveis. Foi uma medida bem-sucedida no controle da epidemia de AIDS e serviu de modelo a outros países, inclusive Brasil.

Tais acontecimentos favoreceram a ampliação do conceito da PRD, despertando o interesse de alguns gestores da saúde pública e organizações não governamentais para a problemática das doenças infectocontagiosas associadas ao consumo de substâncias

psicoativas (MACHADO; BOARINI, 2013). E assim, notadamente nesse contexto, a PRD tornou-se um modelo de práticas em saúde, desde os primeiros movimentos, nascendo aos poucos em seus países originários da Europa, visando a e alcançando minimizar a contaminação de doenças infectocontagiosas (INGLEZ-DIAS, 2014).

O governo brasileiro teve como alicerce as determinações internacionais sobre o combate ao consumo e tráfico de substâncias psicoativas para desenvolver suas leis e políticas sobre drogas. Em decorrência desses fatos, enviou representantes da esfera política nos anos de 1961, 1971 e 1988 para participarem de reuniões promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU), onde aceitou o compromisso de participar de maneira repressiva em questões relativas ao consumo e tráfico de drogas (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Em 1989, surgem, no Brasil, as primeiras ações da PRD na cidade de Santos, estado de São Paulo, local de grande disseminação da AIDS, na época, conhecida como “Capital da AIDS”, cidade portuária, a maior da América Latina, lugar de trocas e encontros de todas as ordens, ponto estratégico do tráfico internacional de drogas. Momento em que se descobre a ligação da doença com o uso de drogas injetáveis. Um pouco mais tarde, descobriram que a hepatite poderia ser transmitida da mesma forma. Com isso, o Ministério da Saúde (MS) assumiu o compromisso com os programas de trocas de agulhas e seringas (VELOSO, *et al.*, 2016).

Mesmo com esta iniciativa, muitos gestores públicos eram contrários a este programa, sendo que o método sofreu ação judicial pelo Ministério Público, e as ideias sobre a Redução de Danos foram entendidas como incentivadoras do uso de substâncias psicoativas (VELOSO, *et al.*, 2016). Estes acontecimentos sinalizam como disparadores que vão de encontro ao acontecimento político que evidenciam forças conservadoras que sustentam a política antidrogas e as forças progressistas que adotavam a redução de danos como estratégia em defesa da vida e da democracia (PASSOS; SOUZA, 2011).

Anos seguem e continua sendo incompreendida a política voltada às questões de redução de danos, e somente em 1991, com crescimento do índice do vírus de HIV no país por usuários de substâncias psicoativas, a Organização das Nações Unidas (ONU) é estimulada a financiar projetos dessa área pelo Brasil. Em 1997, foi criada a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), que fomentava o fortalecimento da redução de danos como política pública e ano seguinte, 1988, a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC) como forma de intensificação (PASSOS; SOUZA, 2011; FONSÊCA, 2012).

Importantes transformações foram consolidadas no ano de 2001 com o movimento da reforma psiquiátrica constituindo um importante processo social que lutava pela transformação

de um modelo assistencial asilar em defesa dos direitos dos usuários de saúde mental. O objetivo era a consolidação de políticas públicas voltadas para o modelo de atenção psicossocial de base comunitária com menos leitos em hospitais psiquiátricos e um maior número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de residências terapêuticas e outros dispositivos de reinserção social para egressos de hospitais psiquiátricos (ASSIS *et al.*, 2013).

Em 2003, ocorre momento esperado para impulsionar o desenvolvimento da PRD, ao momento em que as ações exclusivas para minimizar de danos à saúde deixaram de ser exclusividade dos Programas de DST/AIDS, e passam a ser norteadas pelo Ministério da Saúde e pela política de Saúde Mental, com ênfase na Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PASSOS; SOUZA, 2011).

Marcante e factual, no ano de 2005, foi instituída a Portaria 1.028 do Ministério da Saúde (MS) que traz em seu bojo as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Assim como, estabelece ações de informação, educação e aconselhamento que tenham por objetivo o estímulo à adoção de comportamentos mais seguros no consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, e nas práticas sexuais de seus consumidores e parceiros (BRASIL, 2005).

A definição da Portaria em questão amplia-se ao conferir a preservação da identidade e garantir a liberdade de decisão dos usuários sobre qualquer procedimento relacionado a sua prevenção, diagnóstico e tratamento. Desse modo, por haver diferentes modos de se relacionar com a droga, a Redução de Danos sinaliza para a multiplicidade de posições de sujeito usuário de substâncias psicoativas (BRASIL, 2005).

Teixeira *et al* (2017) suscitam uma discussão crítica sobre a PRD no Brasil e descrevem que emergiu como estratégia norteadora de cuidado, um paradigma clínico e político. Esta política é entendida como uma alternativa de saúde pública para as pessoas que não conseguem diminuir ou mesmo cessar o uso de substâncias psicoativas, bem como para as demais que possuem dificuldade para acessar os serviços de saúde. Os autores realizaram estudo documental, cujas fontes eram normativas do ano de 2000 a 2016, em que foi possível verificar que na política pública não ocorreu uma tendência linear progressista caminhando ao modelo da redução de danos. E verificou-se que a PRD somente ganhou seu protagonismo a partir de 2005, com a intensificação da Política Nacional *sobre* Drogas.

A PRD tem sido discutida no Brasil como conjunto de estratégias voltadas para diferentes temáticas como prevenção e atenção a IST, como HIV/AIDS, hepatites, overdose, violência, e também, suporte social a pessoas marginalizadas (INGLEZ-DIAS *et al.*, 2014).

Um dos posicionamentos desta política é estar diretamente ligada ao enfrentamento de problemas relacionados ao uso de drogas, bem como, possuir a perspicácia de articular diversas realidades por meio da prevenção e promoção da saúde integral dos usuários em busca da diminuição da violência. Pois, estas ações visam a incentivar a busca do cuidado e o manejo adequado do uso de substâncias psicoativas (GOMES; ABRAHAO; SILVA, 2015).

Na perspectiva de sumarizar e organizar as principais informações sobre os fatos históricos da PRD como estratégia de saúde, elaborou-se um quadro resumo que identifica o período, local e a contextualização (Quadro 1).

Quadro 1- Síntese do surgimento da PRD como estratégia de saúde.

PRD COMO ESTRATÉGIA DE SAÚDE: Aspectos históricos		
Período	Local	Contextualização
1926	Inglaterra	Liberação de prescrição de opiáceos aos dependentes em situação de risco com objetivo de minimizar os riscos da retirada brusca.
1980	Holanda	Programa experimental de troca de seringas como estratégia para conter os avanços de infecção do HIV entre usuários de drogas injetáveis.
1989	Brasil	Trocas de seringas entre usuários de drogas injetáveis após perceberem elevados números de contaminação do HIV adquirido intravenosamente.
1991		Organização das Nações Unidas (ONU) estimula o financiamento de projetos para a propagação da redução de danos no Brasil.
1997		Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) fomenta o fortalecimento da redução de danos como política pública.
1998		Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC) objetiva intensificar a força política da redução de danos e serve de subsídio para várias leis que foram sancionadas para legitimar a prática de redução de danos em vários estados e municípios.
2001		Marco da Reforma Psiquiátrica; novo modelo de atenção em saúde mental; desospitalização, serviços de base territorial, portas abertas, sem exclusão do convívio com a sociedade. Define três tipos de internação psiquiátrica: voluntária, solicitada pelo paciente e involuntária.
2003		As ações de redução de danos são norteadas pelo Ministério da Saúde e pela política de Saúde Mental, com ênfase na Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

2005		Portaria 1.028 de 2005/MS que traz em seu bojo as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.
------	--	---

FONTE: (TISOTT *et al.*, 2015; MACHADO; BOARINI, 2013; VELOSO, *et al.*, 2016; ASSIS *et al.*, 2013; PASSOS; SOUZA, 2011; BRASIL, 2005).

A descrição do contexto apresenta uma síntese da trajetória histórica do surgimento do termo redução de danos, situando desde o país de origem até o ano que chegou ao Brasil. Percebe-se que, inicialmente, as ações estavam focadas em posicionamentos de práticas médico- sanitária devido à epidemia da AIDS, havendo basicamente trocas de agulhas e seringas. Somente em 2005, com a Portaria 1.028 do MS, são estabelecidas ações voltadas à saúde e ações sociais (CEZAR; OLIVEIRA, 2017).

No contexto mundial, a PRD ganha mais empoderamento, a Dinamarca, cria em 2012 uma legislação que aprovou o *Drug consumption rooms* (DCRs), que consiste em salas de consumo de drogas, uma estratégia em saúde voltada à redução de danos. Os DCRs trabalham sob a perspectiva de desenvolverem ações como o tratamento de substituição de opiáceos e aconselhamento sobre educação para minimizar os danos ocasionados pelas drogas (TOTH *et al.*, 2016).

Nesse mesmo cenário, os participantes aceitam a educação do pessoal sobre medidas higiênicas e práticas seguras de injeção e reconhecem a importância de tal ação. A equipe de DCRs dinamarquesas educa os usuários sobre questões relacionadas à saúde e intervenções para redução de danos (TOTH *et al.*, 2016).

Dentro desse contexto de modificações, percebemos que a grande mudança estava iniciando a partir das atitudes dos profissionais, ao iniciarem um processo de aceitação, em trabalharem em parceria com o usuário de substância psicoativa, estabelecendo metas em conjunto e ao elaborarem um plano de cuidado que seja centrado na realidade em que cada usuário se encontra, respeitando sua capacidade de mudança (RNAO, 2009).

Atualmente, vários países estão utilizando o Tratamento de Manutenção com Metadona (MMT) como PRD. Estudos apontam que hoje é considerado "padrão ouro" em tratamento. A metadona é um opióide sintético de ação prolongada que se liga aos receptores de opióides no corpo, tem o efeito de reduzir significativamente as taxas de abstinência e fissuras associadas à dependência, não provocando efeito eufórico no indivíduo (MATTICK, 2009; SMYE *et al.*, 2011).

Uma abordagem diferenciada surgiu nas prisões do Irã, com a implementação do MMT, onde atingiram transformações potencializadoras na redução da demanda de substâncias psicoativas, diminuição do consumo de entorpecentes e sedativos, redução de doenças infecciosas como o HIV entre os presos, e crimes reduzidos, pois o programa mantém os adictos mais calmos, o que diminui o crime, redução na fuga, motim, agressão (MORADI, 2015).

Impactos positivos surgem no Reino Unido com o *Opioid Substitution Treatment* (OST) que utiliza a metadona ou buprenorfina como esquema de Cuidados Compartilhados para os usuários injetores de heroína. Este programa favorece significativamente para reduzir a prevalência do HIV e da hepatite C entre usuários de drogas injetáveis e ainda auxiliam com o *Needle Syringe Programme* (NSP), que tem como objetivo realizar as trocas de seringas utilizadas pelas estéreis, de modo a reduzir os meios de transmissão (AYRES *et al.*, 2014).

As transformações dos arranjos voltados à área da saúde demonstram que a diminuição com os custos com a saúde está sendo alcançada globalmente, onde a redução de danos está em vigor, especialmente onde esses serviços são combinados com a terapia antirretroviral, pois temos outro aspecto positivo que é o de permitir que milhões de pessoas possam viver com o HIV e possuírem uma qualidade de vida (WIESSING *et al.*, 2017).

## **2.2 REDUÇÃO DE DANOS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: um recorte para a Estratégia de Saúde da Família.**

No Brasil, a PRD ainda se materializa com muitas limitações e controvérsias. Suas ações pontuam apenas em um conjunto de medidas destinadas a amenizar os efeitos tóxicos resultantes do uso de substâncias, ou em uma política de distribuição de insumos para infecção. Advoga-se, também, a lógica de promover a articulação e aproximação dos profissionais com a comunidade, com propósito de ofertar a redução de danos como a nova ética de cuidado (ALARCON, 2017).

Compartilhando da mesma ideia, Machado e Boarini (2013) afirmam que a PRD corresponde às estratégias de saúde pública voltadas a minimizar as consequências adversas do uso de drogas, sejam, lícitas ou ilícitas. Acrescenta-se ainda que a PRD é prioritariamente um dispositivo de produção de qualidade de vida destinada aos usuários de substâncias psicoativas.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz sua importância no cuidado ao usuário de substâncias psicoativas e também, de seus familiares, que diante de situações

diversas com o usuário, acabam necessitando de cuidados por parte da equipe de saúde. Esta política defende a ideia de que os modos de viver das pessoas têm forte influência sobre a saúde e a doença. E enfatiza que o restabelecimento e a manutenção da saúde se dão por meio do cuidado, e que a família é a principal provedora desta ação, por estar ligada diariamente aos usuários (FRANÇA *et al.*, 2014).

Regulamentada pela Portaria nº 2.488/2011, a PNAB considera equivalente a utilização dos termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB). Esse nível de atenção à saúde é desenvolvido com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial do usuário, a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS (BRASIL, 2012).

Portanto, no Brasil, o termo utilizado como equivalente à APS é a AB. Estes termos são associados às noções de responsabilização, acessibilidade, resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado. O modelo orientado na APS é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que atualmente se configura como maior programa assistencial reorganizador do SUS (MENDES, 2013; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Cabe nesse momento fazer destaque à APS em suas características, ao começar por suas ações de saúde que estão dispostas no âmbito individual e coletivo com a proposição de ofertar a população promoção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação à saúde. Também, prevenção de agravos, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas (BRASIL, 2011 a).

O Ministério da Saúde (MS) busca em sua política a atenção integral aos usuários de substâncias psicoativas, sob a perspectiva de tratamento, que adota uma concepção expandida do problema, de forma a buscar práticas que possam minimizar os riscos associados às drogas, o uso de atividades educativas e prevenção de doenças transmissíveis (GOMES; ABRAHÃO; SILVA, 2015).

Desse modo, as políticas públicas do nosso país buscam uma incessante definição de cuidados baseados na integralidade, com o objetivo de investir nas diferentes possibilidades territoriais, pois o uso de substâncias psicoativas faz parte de nossa sociedade desde os tempos mais remotos (PINHO; SINIAK, 2017).

As políticas no campo das substâncias psicoativas são embasadas em duas vertentes, a primeira denominada de guerra às drogas, pautada pelo paradigma proibicionista, e a segunda denominada de redução de danos, que é antiproibicionista, embasada na emancipação do sujeito, na busca pela autonomia (QUEIROZ *et al.*, 2014).

Nessa conjuntura, a política que traz uma abordagem proibicionista tem suas ações focadas na diminuição da oferta de álcool e outras drogas, com a finalidade da abstinência. Enquanto que, a Redução de Danos vem com uma abordagem de baixa exigência ao usuário, com vistas a minimizar os riscos à saúde, decorrentes por práticas de sexo inseguro e consumo de drogas (MACHADO; BOARINI; 2013; WIESSING *et al.*, 2017).

Dentro do contexto das substâncias psicoativas, o álcool merece destaque por ser um dos fatores de risco mais importantes para a saúde e é uma das principais causas de morte e morbidade. No entanto, apenas cerca de um décimo dos indivíduos com transtornos por abuso de álcool recebem intervenção terapêutica e reabilitação. Existe uma dicotomia tratamento integrado *versus* a redução de danos, fator que limita uma abordagem eficaz ao dependente. O primeiro direciona-se à efetivação de métodos que visam a levar o indivíduo a abstinência. Enquanto que o segundo prioriza a diminuição progressiva do uso de substâncias, com vistas à redução do dano que está correlacionada com a diminuição deste uso (MAREMMANI *et al.*, 2015).

Atualmente, os tratamentos a usuários de álcool priorizam programas voltados à abstinência como a meta principal. Porém, já existem estudos que demarcam mudanças de pensamento dos indivíduos dependentes de álcool com objetivos que representavam a redução do consumo de álcool, de modo a evitar consequências negativas do consumo, metas de qualidade de vida, desejo de melhorar a saúde física geral e evitar situações de alto risco. Ficando a abstinência para outro plano. Este ponto destaca um princípio fundamental da abordagem de redução de danos: a importância de ver os participantes de uma perspectiva holística que leve em consideração os vários aspectos de sua experiência de vida além do uso de substâncias (COLLINS *et al.*, 2015).

A APS está inserida no movimento da Reforma Sanitária, que tinha como objetivo a universalidade do cuidado em saúde e nesta abordagem passou a referenciar a UBS como porta de entrada para a execução deste cuidado, por ser um dispositivo que está inserido no território e no contexto de vida dos indivíduos (REZENDE, 2017).

Portanto, para que se atinja a resolutividade no espaço da APS em direção à assistência efetiva aos usuários de substâncias psicoativas, é primordial a articulação entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS), e que seja levado em consideração os determinantes sociais e toda complexidade de questões individuais e sociais que envolvam o uso de substâncias psicoativas (SOUZA; RONZANI, 2018).

Dando continuidade a estas transformações, na última década, o campo da APS e da Saúde Mental foram alvos de debates com diversos posicionamentos favoráveis e

contraditórios sobre a implantação de políticas e estratégias que favorecessem usuários de substâncias psicoativas (REZENDE, 2017).

Em breve contextualização histórica quanto ao surgimento do Consultório na Rua (CnR), verificou-se que foi uma proposta federal entre os anos de 2009 e 2011, que inicialmente era denominado “Consultório de Rua”, financiado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental e suas respectivas coordenações municipais. Foi delineado para favorecer a assistência aos usuários de substâncias psicoativas (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014; FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016).

Inicialmente, o programa foi intitulado “Consultório de Rua”, depois a secretaria de comunicação do Governo Federal sugeriu a alteração do nome em função da preposição “de” (do consultório de rua) para “na”, pois os consultórios estariam literalmente inseridos na rua (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014). Trata-se de um serviço multiprofissional da APS, atuam frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. Consideram as diferentes necessidades de saúde, prestam atenção integral e trabalham na perspectiva da PRD e realizam articulação com as RAS, com a UBS, CAPS, Prontos-Socorros, entre outros (BRASIL, 2011c).

O Consultório na Rua torna-se um facilitador da chegada dos usuários em situação de vulnerabilidade aos serviços da APS, sendo avaliado como avanço em termos de políticas públicas de saúde por minimizar a invisibilidade da população em situação de vulnerabilidade. Ao mesmo tempo, gestores afirmam ser um dispositivo polêmico que necessita de capacitações para as equipes como forma de melhorar o acolhimento a populações de rua. Portanto, seria necessário intensificar o fortalecimento do trabalho em parceria (SIMÕES *et al.*, 2017).

Ademais, a proposta dos consultórios na rua engloba a atenção de saúde mental, atendimento à gestante de rua, tratamento de patologias pulmonares, tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, tratamento de doenças de pele, problemas ortopédicos diabetes, hipertensão, e várias outras situações que ficam sob a responsabilidade da ESF (BORYSOW, 2018).

Portanto, o Consultório na Rua tornou-se um território privilegiado na APS para o desenvolvimento de práticas da PRD, de modo a buscarem o empoderamento dos usuários. Vale mencionar que durante esta assistência os profissionais buscam pela equidade e informação qualificada (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

A APS desenha-se muitas vezes como porta de entrada para o usuário da saúde mental em sua trajetória, dando aberturas também àquele que usa drogas de forma abusiva, e que

seguem na busca resolução de seus problemas. No entanto, estudos atuais mostram fragilidades nessa porta de acesso, que muitas vezes traduzem-se em intervenções focadas no serviço especializado, desvinculando a ideia ampla do caráter de cuidado em rede. Os resultados deste estudo apontaram para a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde que atuam na rede básica, pois os mesmos relataram falta de articulação em trabalho em rede, visto a necessidade de educação permanente em saúde mental para uma melhoria na qualidade do trabalho, e um posicionamento ampliado ao acolher o cliente usuário de substâncias psicoativas (PINHO; SINIAK, 2017).

Fazendo um recorte à ESF, podemos evidenciar em alguns estudos a construção da PRD na rotina da ESF. A exemplo disso, o estudo de Schneider *et al* (2013), traz a análise da Equipe em relação aos usuários de substâncias psicoativas, e defendem o posicionamento de que, estes, é um problema do “SUS”, portanto, um problema geral do sistema de saúde. E ainda pontua as precárias condições para o atendimento a estes usuários, assim, como a falta de recursos na rede e no território.

Vale mencionar que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são as instituições mais próximas, ou em alguns casos as únicas, que os usuários têm para recorrer quando vivenciam o uso problemático das substâncias psicoativas, além de favorecer a ampliação e resolutividade da ESF sobre a situação de saúde das pessoas e coletividade de um determinado território (COELHO;SOARES, 2014).

A referida pesquisa ainda destaca que a maioria dos usuários de substâncias psicoativas que chegam até a ESF apresenta um padrão de uso crônico de drogas, exigindo que o primeiro momento do tratamento, o da desintoxicação, ocorra em ambiente hospitalar. Somado a isto, existe o problema da falta de leitos e conseqüentemente as dificuldades para conseguirem acesso às estruturas hospitalares existentes no município (SCHNEIDER, *et al.*,2013).

Em relação à participação da família é notória sua relevância. Neste sentido, consiste em um importante recurso, mas requer uma estratégia de aproximação diferenciada. Ao focar o envolvimento da família, a equipe relata que sua abordagem é difícil, tendo em vista que as pessoas se fecham muito, tanto o usuário quanto a família. A ESF encontra limitações ao tentar inserir em suas ações a tentativa de envolver a família na abordagem com o usuário de substâncias psicoativas, sendo um fator limitante do trabalho desenvolvido pelas equipes (SCHNEIDER *et al.*, 2013).

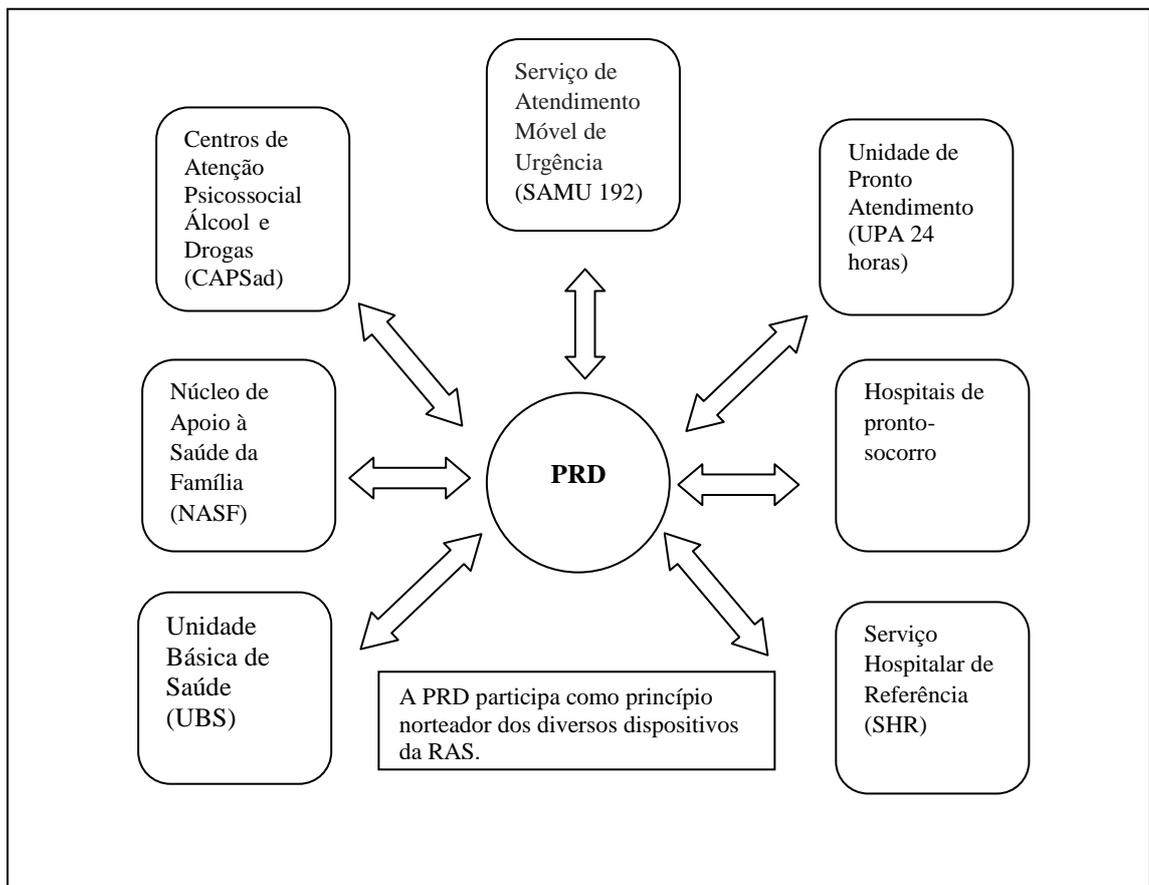
Contudo, é relevante mencionar que os usuários de substâncias psicoativas sejam vistos pelos profissionais da ESF de maneira holística, com ênfase na prevenção e promoção

da saúde, assim como, possibilitar o acompanhamento por meio de diferentes redes e linhas de cuidados, com o objetivo de reduzir danos à sua saúde (MOREIRA *et al.*, 2016).

Neste processo de construção coletiva da prática da PRD, o esforço e contribuição mútua deve ser premissa durante a disseminação do processo em nosso país. Um primeiro passo é acionado no momento em que se busca a flexibilidade no contrato com o usuário, o respeito a suas demandas e ao seu tempo, reconhecendo as diferentes relações de uso, uma vez que há a disposição para escutar quem permanece envolvido com as drogas, propondo-se um diálogo com outras instâncias (MUNIZ *et al.*, 2015).

Compreende-se que, para o avanço da PRD na realidade da ESF, devem-se buscar pistas nas propostas do Sistema Único de Saúde e resgatar a essência da Reforma Psiquiátrica para que sirvam de alicerce para fomentar possíveis articulações com as RAS, no sentido de dar melhores respostas ao atendimento a estes usuários (MUNIZ, *et al.*, 2015).

Quadro 2: Dispositivos da APS que utilizam a PRD.



Fonte: (CÉZAR; OLIVEIRA, 2017; BRASIL, 2011b)

Percebe-se que, na APS, a resolutividade no cuidado ao usuário de substâncias psicoativas caminha junto a RAS, de modo a considerar os determinantes sociais e toda complexidade de questões individuais e sociais que entrelaçam a realidade desse cenário (QUEIROZ *et al.*, 2014).

A partir dessa compreensão, entende-se que a PRD na APS tem sua contribuição no campo social pelo fato de questionar consensos colocados de antemão em torno do usuário, por reconhecer diferentes relações de uso, uma vez que há disposição para escutar quem permanece envolvido, e ao propor um diálogo e sugerir a ideia de promover soluções participativas no território. Destacam-se, nesta política, ofertas de intervenção preventiva e a necessidade de se privilegiarem os vínculos entre as pessoas (FONSÊCA, 2012).

Consolida-se, assim, a ideia de que a PRD é um dispositivo de produção da qualidade de vida, que inclui a integralidade do cuidado e estratégias de cuidado como paradigma orientador para a compreensão do fenômeno do consumo de drogas nos territórios (CÉZAR; OLIVEIRA, 2017). Nesta perspectiva, o quadro 3 sumariza algumas ações desenvolvidas no âmbito da APS.

Quadro 3: PRD desenvolvida no contexto da APS.

<b>PRD na APS</b>	
<b>Dispositivos da APS</b>	<b>Ações desenvolvidas</b>
<pre> graph TD     CAPS --&gt; NASF     NASF --&gt; UBS     UBS --&gt; CnR     CnR --&gt; CAPS           </pre>	Divulgação preventiva por meio de material impresso que acompanha o fornecimento de insumos, como, seringas, cachimbos, preservativos, lubrificantes, materiais para tratamento de feridas.
	Informações voltadas à educação e aconselhamento referentes ao uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência em escolas.
	Oferta de assistência social e à saúde, quando requerida pelo usuário.
	Orientação para o exercício dos direitos e garantias fundamentais previstos na Constituição Federal e quaisquer outros relativos à manutenção de qualidade digna da vida.
	Identificação do usuário no território centrado no acolhimento empático, no vínculo e na confiança como dispositivos favorecedores para uma assistência de qualidade, de modo a conquistar o vínculo necessário para uma assistência promissora, sem julgamento e preconceito.
	Visitas domiciliares e ofertas cuidados para usuários de substâncias psicoativas.
	Oficinas de capacitação com cursos variados oportunizando a ressocialização do usuário, rodas de conversa e escuta

	terapêutica.
	Terapias de redução do consumo, aconselhamento sobre os riscos presentes no uso e resgate da cidadania e da autoestima.

Fonte: (RATLIFF *et al.*, 2013; BRASIL, 2005; BRASIL, 2013c; FONSÊCA,2012; SODELI; 2012).

Observa-se que as atividades desenvolvidas pela APS estão baseadas na Portaria 1.028/2005, e com propósito de atividades educativas, ampliar objetivos para alcance da melhoria na qualidade de vida dos usuários, oferta de assistência social, oficinas de capacitação e terapias de redução de consumo.

Enfim, existem diversificadas estratégias realizadas no contexto da PRD que, embora desconhecidas pela maioria, destacam-se o uso do cinto de segurança e a aplicação de barreiras protetoras nas estradas e de zonas de impacto na frente dos automóveis que reduzem as chances de ferimentos no caso de um acidente. Assim, as pessoas não deixam de dirigir, mas a probabilidade de danos é reduzida por meio destas medidas (FORTESKI; FARIA, 2013).

### **2.3 VULNERABILIDADE SOCIAL: uma breve reflexão**

Embora a PRD esteja inserida no modelo de saúde pública, ainda há um problema a ser considerado, e que consiste basicamente na resistência apontada pelos profissionais de saúde ao assistirem usuários de substâncias psicoativas. A nova abordagem da PRD leva o profissional a questionar múltiplos aspectos como, a complexidade do fenômeno e principalmente as particularidades socioculturais que envolvem usuário e o território.

Usuários de drogas são alvos de irritação social e da construção de estigmas, e ainda convivem com exclusão de toda natureza, por serem vistos como problemas sociais. Grande percentual dispõe de baixo nível sociocultural e educacional e vida em condições precárias de alimentação e higiene (ZANOTTO; ASSIS, 2017).

Nesse sentido, dados epidemiológicos apontam marcadores de exclusão social aferidos por baixa escolaridade, cor da pele, trajetória de marginalização e afirmam que todos precedem o uso de drogas. Somado a isso, segue trabalho precário, desemprego e falta de moradia (MESSAS *et al.*, 2016).

Sabe-se que os usuários de drogas convivem cotidianamente com o estigma e o preconceito, o que pode vir a influenciar de forma negativa suas opções de vida, como acesso

ao lazer, saúde, educação, emprego. Fato que cria um círculo vicioso no qual os que já vivem em situação de vulnerabilidade continuam a ser invisíveis perante a sociedade (MESSAS *et al.*, 2016).

Assim, entende-se o estigma como algo que extrapola uma atitude de prejudgamento, que pressupõe a contaminação, tornando urgente e necessário o isolamento do agente contaminador. É algo indigno e desonroso. Enquanto que o preconceito é visto como um julgamento prematuro e inadequado sobre o uso e abuso de drogas, ou seja, é quando se define algo ou alguém, construindo-se uma ideia sem prévios conhecimentos (BARD *et al.*, 2016).

A partir disso, podemos contextualizar o sentido de vulnerabilidade social ao pensamento de Bourdieu (2010), quando remete a ideia de que as pessoas podem carregar em seus corpos suas maneiras de ser, as marcas da miséria e da luta cotidiana pela sobrevivência, características demasiadas dos usuários de drogas.

Bourdieu formulou o conceito de *habitus* e o apresentou como importante ferramenta interpretativa da realidade no contexto dos mais vulneráveis. Disposições como agir, gesticular, falar, e compreender o mundo; são resultantes do processo de assimilação e reprodução de valores e normas familiares e sociais. E quanto a aspectos corporais tais como postura, maneira de falar, olhar, caminhar, estilos de vestimentas (BOURDIEU, 2010).

A menção acima, faz-nos refletirmos sobre a conjuntura atual em que estamos inseridos, e nos valores que são impostos pela sociedade. De um lado, a supervalorização de poderes e do outro a discriminação, estigma, preconceito aos mais vulneráveis. Devemos pensar na perspectiva social, na integração entre profissional e usuário, e principalmente, valorizarmos as relações interpessoais (BOURDIEU, 2010).

Na tentativa de explicar o sentido de vulnerabilidade social, e o conceito de violência simbólica, Bourdieu (2010), corrobora a ideia de que são imposições culturais apoiadas em crenças e preconceitos coletivamente construídos e disseminados. As classes que lideram economicamente acabam por impor sua cultura aos menos privilegiados, e estes últimos, sofrem com efeito da violência simbólica, e ainda são vistos como, miseráveis, impotentes e incapazes.

Nessa lógica, Bourdieu trouxe seu pensamento crítico ao defender um tratamento igualitário para aqueles considerados diferentes pela sociedade, e defende o posicionamento de que todas as pessoas devem possuir as mesmas oportunidades de desenvolvimento (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2014).

Nos espaços sociais, a distribuição do capital é desigual e os indivíduos utilizam-se de seus recursos acumulados para conquistar e manter posições privilegiadas, situações que podem gerar conflitos entre os grupos dominantes e os dominados. Culturalmente, é estabelecido que em cada tipo de campo há capitais considerados de maior importância, o que faz com que determinado capital seja supervalorizado ou desvalorizado, e em muitas situações pode até haver situações de menosprezar indivíduos mais vulneráveis (BOURDIEU, 2010)

Diante do exposto, percebe-se a relevância de se promover atitudes com o propósito de reinserção dos sujeitos vulneráveis, de volta aos contextos institucionais, familiares, e comunitários, com intuito de promover novas trajetórias e diferentes resultados de desenvolvimento (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2014).

Por tudo isso, nota-se que as Instituições de Saúde, bem como os profissionais dessas instituições, passam a fazer parte das relações concretas vivenciadas pelos sujeitos (ROSA, 2003). Então, a forma como este sujeito é assistido, o olhar do profissional a este sujeito desde sua entrada ao consultório, torna-se extremamente significativo para que se tenha continuidade ou não do tratamento, principalmente se este for específico à redução de danos.

Nota-se, portanto, que, os grupos vulneráveis compostos por usuários de substâncias psicoativas são identificados com grandes dificuldades de acesso e de continuidade no tratamento de saúde por inadequação dos serviços e pelo estigma que sofrem, inclusive por parte dos profissionais de saúde (BORYSOW; FURTADO, 2014).

Deste modo, podemos evidenciar situações em que se encontram atitudes oriundas de preconceito e discriminação, como situações gerenciadoras de vulnerabilidade, em que o usuário de substâncias psicoativas é percebido como barreira social. A sociedade faz um diagnóstico impreciso e generaliza os usuários de substâncias psicoativas como criminosos. Todavia, todo diagnóstico implica em juízo de valor, e se este é realizado de forma indevida pode produzir marcas decisivas e inesquecíveis no indivíduo (BARD *et al.*, 2016).

Convém destacar que essas evidências necessitam de aprimoramentos na formação acadêmica do profissional da saúde, no sentido de que estes possam concluir a academia como egressos críticos e reflexivos, de modo a não reforçar o discurso estigmatizante e moralizante focado somente nas práticas voltadas ao proibicionismo (CERQUEIRA, 2013, p. 321).

Ademais, as políticas sobre drogas não devem ter o foco centrado somente no uso da substância ou na tentativa de eliminação da produção como preconiza a política proibicionista. Na verdade, o que realmente deveria ser potencializado seria o investimento

na educação, com o uso de informações sobre os efeitos das drogas, de modo a garantir acesso e cuidado a partir da premissa da PRD (TEIXEIRA *et al.*, 2016).

Apesar dos bons resultados da PRD, muitas barreiras ainda são encontradas em sua implantação. Os impedimentos estão relacionados às opções políticas e aos valores morais dos profissionais da saúde responsáveis pelos cuidados. Outra dificuldade diz respeito a insuficiência de capacitação na área destinada aos profissionais (GOMES; VECCHIA, 2018).

Cabe ainda ressaltar que, a educação permanente dos trabalhadores em saúde atua como estratégia pedagógica direcionada para assistir aos problemas de saúde dos indivíduos e coletivos nas diversas redes de saúde dispostas na APS. Atua também como uma tecnologia do processo de trabalho em saúde, capaz de realizar potenciais transformações na realidade assistencial (PINHO; SINIAK, 2017).

Acredita-se que a saúde pública brasileira ganharia grande evidência caso os gestores apoiassem maiores investimentos em educação permanente, visto que prepararia os profissionais para práticas mais seguras, baseadas em evidências e livres de estigmas, obtendo-se resultados mais satisfatórios para o cuidado efetivo direcionado aos usuários de substâncias psicoativas no âmbito da APS (SOUZA; ROZANI, 2018).

Na busca do entendimento por Educação Permanente, concebe-se que é um processo construtivo do próprio cotidiano de trabalho, e há sempre um processo de aprendizagens envolvido na produção de novos acordos e novos arranjos que são construídos a partir de uma resignificação do cotidiano dos indivíduos (MERHY, 2015).

Nessa magnitude, a Educação Permanente é entendida por Merhy (2015) como prática sistemática de aprendizagem dos profissionais de saúde com o próprio fazer do cotidiano do trabalho e com a capacidade criativa de inventar nesse ambiente.

Ressalta-se a ideia de que o cuidado a estes usuários requer uma atenção diferenciada e que exige alto nível de integração entre profissionais da equipe de atenção, pois exige, disposição, treino de habilidades para alternativas inovadoras de cuidados, necessitando de articulação entre gestores, seja em nível federal, estadual ou municipal (COSTA *et al.*, 2015).

Desse modo, é possível verificar a necessidade de programas de educação permanente em saúde voltados aos profissionais da APS, a fim de que se debrucem sobre as bases teóricas da PRD de forma a ampliar a capacidade de direcionar os cuidados aos usuários de substâncias psicoativas (SOUZA; ROZANI, 2018).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa.

O caminho metodológico parte da investigação qualitativa, por entender que tal pesquisa responde a questões particulares, considerando como sujeitos do estudo, pessoas pertencentes a uma determinada condição social, com suas crenças, seus valores e seus significados, sendo esta forma de abordagem relevante para o alcance dos objetivos propostos (MINAYO, 2017).

No desenvolvimento da pesquisa, há a necessidade de conhecer a abordagem metodológica a ser adotada pelo pesquisador no intuito de se definir as técnicas a serem utilizadas no estudo, de modo convergente com as posições epistemológicas e teóricas do mesmo e ainda com as especificidades do objeto da investigação.

Minayo (2017) salienta que a pesquisa qualitativa busca a “intensidade do fenômeno”, desvelando suas singularidades e seus significados. Pesquisa que trabalha muito menos preocupada com os aspectos que se repetem ou que se quantificam, e muito mais atenta com sua dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas.

Frente ao exposto, a pesquisa qualitativa foi escolhida pelo fato de atender ao objeto de estudo, com a intenção de uma análise dos conhecimentos, concepções e práticas dos profissionais da ESF sobre a PRD.

#### **3.2 Cenário do estudo**

O estudo foi desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Teresina, capital do Piauí, que possui população estimada de 861.442 pessoas (IBGE, 2018). As UBS são a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), principalmente por terem a ESF como elo articulador para garantir à atenção. Além de ter como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais e a população.

A cidade é dividida em Zonas: Sul, Norte, Leste e Sudeste, e atualmente constituem 92 Unidades Básicas de Saúde para assistir à população do município. Dados de censos demográficos realizados pelo IBGE (2010) comprovam estatisticamente a dinâmica

populacional do município de Teresina. A Zona Sul com 237.059 habitantes, sendo a mais populosa. Em segundo, a Zona Norte com 228.906 habitantes, seguindo em terceiro a Zona Leste com 167.443 habitantes e, por último, a Zona Sudeste com 134.105 habitantes (SEMPPLAN, 2014).

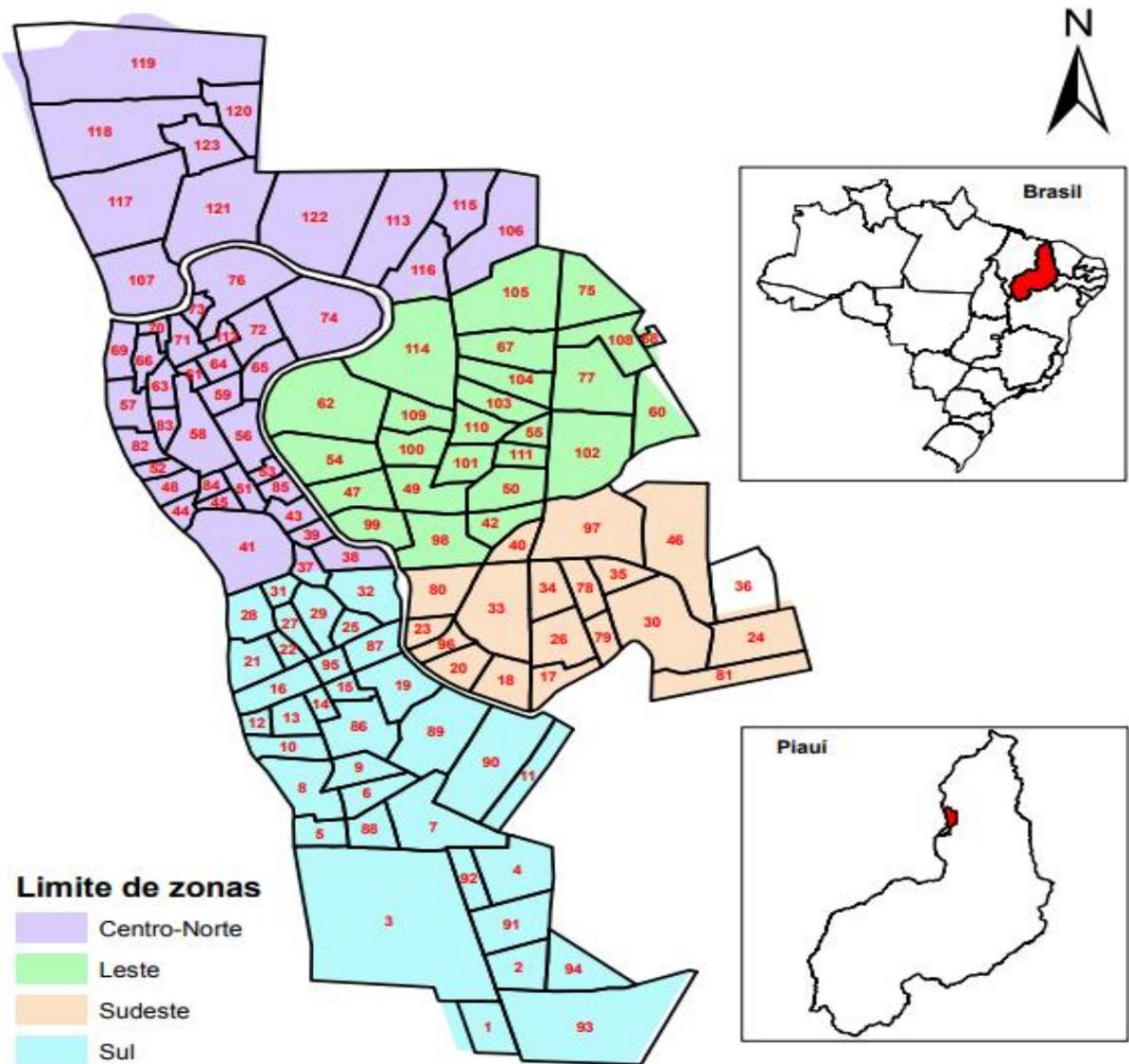


Figura 1: Mapa geográfico da localização de Teresina no Brasil e no Piauí. Teresina, 2019.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011).

A aplicação da entrevista foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde da Zona Sul de Teresina. O critério de escolha deu-se em virtude da referida zona possuir o maior número de habitantes, o que consequentemente leva ao maior número de Equipes de Estratégia de Saúde da Família. Teresina possui Índice de Desenvolvimento Humano de 0,751 (IBGE, 2010).

As entrevistas aconteceram na Unidade Básica de Saúde Tânia Melo Rodrigues, localizada no bairro Monte Castelo; Unidade Básica de Saúde Antônio Carlos Costa, no bairro Cristo Rei; Unidade Básica de Saúde Dr. José Wilson Batista, no bairro Vermelha; Unidade Básica de Saúde Cecy Fortes, no bairro São Pedro; Unidade Básica de Saúde São Camilo, no bairro Lourival Parente; Unidade Básica de Saúde Dr. Durvalino Couto, no bairro Bela Vista; Unidade Básica de Saúde Dr. Felipe Eulálio de Pádua, no bairro Promorar; Unidade Básica de Saúde Antônio Pessoa dos Santos, no bairro Vamos ver os Sol. A escolha das UBS deu-se pela proximidade entre os bairros pertencentes à região sul que, assim, facilitava o acesso ao maior número de equipes da ESF e, por conseguinte, ao maior número de profissionais.

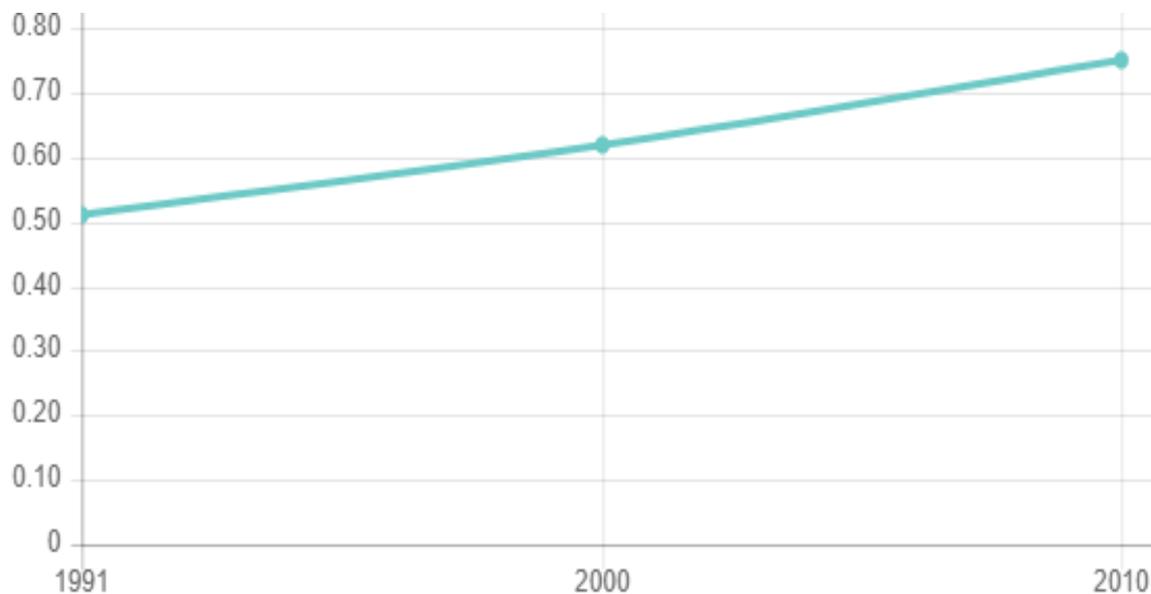


Figura 2: Índice de Desenvolvimento Humano da cidade de Teresina.

Fonte: IBGE, 2010.

### 3.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram trabalhadores de saúde, médicos e enfermeiros. Para inclusão dos participantes, foram adotados os seguintes critérios: profissionais efetivos que atuam diretamente na assistência, com um ano ou mais de atuação na ESF. Foram excluídos os profissionais que estavam em férias ou afastados por qualquer tipo de licença durante o período da coleta.

Aos participantes garantiu-se o anonimato. Foram utilizadas apenas letras e numerações para cada profissional que compõem a equipe. Para os Médicos, foi utilizada a inicial “M”, aos Enfermeiros a inicial “E”, sendo as iniciais seguidas pela ordem em que aparecem na entrevista, como por exemplo: M1, E2, M2.

### **3.4 Produção dos dados**

Foi utilizado para produção do estudo, um roteiro de entrevista semiestruturada, elaborado pelas próprias pesquisadoras para esse estudo, contendo questões referentes às informações acerca do conhecimento e concepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre a Política de Redução de Danos (APÊNDICE A).

O procedimento adotado para a entrevista foi organizado da seguinte forma: primeiro houve um encontro agendado para explicar os objetivos e propósitos da pesquisa, a entrega para leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Depois, foi solicitada a permissão para gravação das declarações em aparelho digital que ocorreram em uma sala de consultório médico ou consultório de enfermagem da UBS reservada para tal fim, com vista a assegurar a privacidade. Além disso, o dia e horário para realização da entrevista foram marcados conforme a disponibilidade dos profissionais.

A entrevista foi orientada por uma ficha que continha um roteiro semiestruturado com perguntas abertas indicadas ao participante. Por último, foi transcrito na íntegra e reorganizado de forma adequada todas as informações colhidas para subsídio ao registro de informações. A amostra foi composta por 24 participantes. Porém, é importante destacar que as entrevistas encerraram no momento em que atingimos os objetivos propostos no estudo.

Nesse sentido, a amostra qualitativa ideal é aquela que reflete, em intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno, demonstra a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo. Assim, não existe um ponto de saturação definido, e nunca a quantidade numérica estabelecida. O que precisa prevalecer é a certeza do pesquisador de que, mesmo provisoriamente, encontrou a lógica interna do seu objeto de estudo (MINAYO, 2017).

Mason (2010) afirma que os pesquisadores qualitativos mais experientes não trabalham com o conceito de saturação, dessa forma, preocupam-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e a diversidade no processo de compreensão. E o que realmente materializa seu estudo é caracterizar a pesquisa qualitativa como não numérica,

embora quase sempre precise justificar a delimitação da multiplicidade das pessoas que vai entrevistar e a dimensão e escolha do espaço.

### 3.5 Processamento e análise dos dados

Após pré-análise e exploração do material coletado durante as entrevistas seguiu-se com o processamento de sua análise através do auxílio do programa de *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), que foi desenvolvido por um Pierre Ratinaud na França. Trata-se de um programa gratuito que surge no *software* R e comporta diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais e tabelas de indivíduos por palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

A partir da utilização do *software* IRAMUTEQ como ferramenta no processamento de dados na pesquisa qualitativa na área da saúde, destaca-se a habilidade no processamento e análise dos dados, para que, a confecção do *corpus* possibilite um melhor processamento e apresentação das classes. O comprometimento com a pesquisa qualitativa e o seu impacto social é de grande responsabilidade, e o pesquisador é um dos seus protagonistas ao produzir conhecimento de qualidade (SOUZA *et al.*, 2018).

É notório que o *software*, utilizado na execução das análises lexicais clássicas, faz o trabalho de identificar e reformular as unidades de texto, que se transformam de Unidades de Contexto Iniciais (UCI) em Unidades de Contexto Elementar (UCE). Bem como são reconhecidas através da quantidade de palavras, a frequência média e o número de *hapax* (palavras com frequência um). É realizada a pesquisa do vocabulário e reduzidas às palavras, com base em suas raízes (lematização), sendo o dicionário criado a partir das formas reduzidas e reconhecidas as formas ativas e suplementares (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

Portanto, durante essa fase do estudo, foi construído o *corpus*, que é um conjunto de textos analisados, ou seja, o conjunto das 24 (vinte e quatro) entrevistas transcritas pelo pesquisador e colocados em um único arquivo de texto, conforme orientação do tutorial do IRAMUTEQ (CAMARGO; JUSTO, 2016).

Este *software* permite a utilização de diferentes recursos técnicos de análise lexical, das quais se destacam: análises lexicais clássicas; análise de especificidades; método de classificação hierárquica descendente (CHD); análise de similitude e nuvem de palavras. Outra habilidade do *software* é a de organizar os dados em um dendograma da CHD, o que permite a obtenção de classes de segmentos de textos com testes estatísticos significantes de Qui-quadrado ( $X^2$ ) (CAMARGO; JUSTO, 2016).

A partir da análise estatística do corpus textual do IRAMUTEC organizou-se a análise dos dados em um dendograma, o que nos permitiu a identificação das partes comuns e as especificidades em função das variáveis descritivas identificadas nas palavras. Deste modo, se alcançou os objetivos propostos pelo estudo, quanto ao conhecimento dos profissionais da ESF sobre a PRD.

### **3.6 Aspectos éticos e legais**

A pesquisa inicialmente foi autorizada pela Comissão de Ética da Fundação Municipal de Saúde (ANEXO A) e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), com número do parecer: 2.404.140, em 28 de novembro de 2017. Os possíveis riscos e benefícios do estudo foram descritos detalhadamente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A), por meio do qual foram ainda garantidos a confidencialidade e o anonimato dos participantes. De forma que foram obedecidas todas as recomendações exigidas para pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b).

### **3.7 Riscos e benefícios**

O estudo apresentou riscos mínimos como mobilizar sentimento, constrangimento ou desconforto de qualquer tipo, frente a temática proposta. Também ao que se refere à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano. Neste caso, o pesquisador ficou disponível para prestar esclarecimentos, realizar escuta ativa e o compromisso ético de garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados sobre os participantes.

Quanto aos benefícios, os resultados deste estudo se propõe fornecer subsídios para a Gestão Municipal elaborar um planejamento de ações educativas, capacitações e momentos de reflexão sobre as práticas dos profissionais da ESF voltadas aos usuários dependentes químicos.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Caracterização dos participantes do estudo

Os participantes da pesquisa foram vinte e quatro profissionais da saúde que integram a Estratégia de Saúde da Família (ESF) das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona sul do município de Teresina- PI. Todos com formação de nível superior, médicos e enfermeiros.

Considerando a caracterização sociodemográfica e ocupacionais dos profissionais, foram enfocadas nove características: sexo, idade, formação profissional, tempo de formação, tempo de atuação na ESF, experiência em instituição que atue no tratamento e reabilitação para usuários de drogas, pós-graduação, curso de qualificação em saúde mental com ênfase na PRD e religião.

Dos participantes do estudo a maioria, vinte e dois, era do sexo feminino, e somente dois do sexo masculino; a faixa etária situava-se de vinte e seis a sessenta e um anos. Em relação à caracterização sobre a formação profissional, oito eram médicos e dezesseis enfermeiros. Quanto ao tempo de formação, variavam entre um ano e seis meses até trinta e oito anos de formação.

Em relação ao tempo de atuação na ESF, havia uma variação considerável, profissionais com um ano de atuação e se estendia até profissionais com vinte e um anos na ESF. Nenhum profissional possuía experiência profissional em instituição de reabilitação de drogas. Dos profissionais com pós-graduação, um possuía *stricto sensu*, e dezenove *lato sensu* e quatro não possuíam nenhum curso. Somente um participante possuía qualificação em saúde mental com ênfase em PRD. Sobre a religião, os resultados deste estudo apontam que dezoito participantes declararam serem católicos, três evangélicos e três afirmaram não seguirem nenhuma religião.

Quanto à caracterização sociodemográfica dos participantes, evidenciou-se que a presença feminina é maior na equipe multiprofissional e as faixas etárias distribuíram-se entre 26 e 61 anos. Contudo, não existem evidências sobre a influência destas características sobre o pensar e agir dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família seja de forma positiva ou negativa, no desenvolvimento das ações da política de redução de danos, porém acredita-se que seja um aspecto que mereça ser analisado posteriormente.

O tempo de formação dos participantes merece reflexão, principalmente por haver profissionais que possuem ano de formação anterior à PRD. Este achado leva a pressupor que a dificuldade encontrada pelos profissionais na atualidade em executarem PRD está

relacionada a não exposição desta temática na matriz curricular durante a formação acadêmica, visto que no Brasil somente em 2005 foi publicada a Portaria 1.028.

A propósito disso, estudos apontam a formação acadêmica como um agravante aos cuidados em saúde na perspectiva de ações voltadas a PRD, uma vez que predomina a falta de conhecimento dos profissionais sobre esta abordagem, tendo em vista a necessidade de incluir esta política na formação dos profissionais de saúde, e em estratégias de educação permanente, com propósito de produzir transformações positivas nos cenários de prática do cotidiano de saúde pública (ARAÚJO, PIRES, 2018)

No que se refere à pós-graduação, verificou-se que havia apenas um enfermeiro com título *Stricto Sensu*, Mestrado em Saúde da Mulher e quinze enfermeiros com título Lato Senso, que variavam de acordo com as seguintes especialidades: Saúde Pública; Saúde da Família; Enfermagem materno-infantil; Prevenção e Controle das infecções relacionadas à serviços de saúde; Enfermagem do Trabalho; Enfermagem Médico Cirúrgica; Enfermagem: Educação em Nível Superior. Com relação aos profissionais da medicina verificou-se que quatro possuíam o título Lato Senso em: Cardiologia; Medicina do Trabalho; Saúde do Trabalhador; Radiologia. E quatro profissionais não possuíam nenhuma pós-graduação.

Ademais, a formação e a qualificação dos profissionais da saúde estão intimamente associadas à busca pela garantia da universalidade e integralidade da assistência de qualidade aos usuários do SUS, por compreender um território adstrito a partir do enfoque familiar e comunitário, em suma, formação e qualificação eleva a qualidade dos serviços da APS (OLIVEIRA *et al*, 2016).

E mais especificamente, em se tratando de qualificação em saúde mental com ênfase na Política de Redução de Danos, observou-se que somente uma enfermeira participou de um curso com essa abordagem. Foi durante um curso de formação para tutores durante a execução do projeto Caminhos do Cuidado que teve como público preferencial, profissionais que atuantes na APS, na Atenção à Saúde Mental ou na Gestão de Estados e Municípios.

Nesta perspectiva, um projeto do Ministério da Saúde denominado “Os Caminhos do Cuidado”, em 2013, foi uma proposta que veio ao encontro da necessidade de consolidar ações de educação voltada às equipes atuantes na APS com foco na redução de danos, na perspectiva de ampliar as possibilidades de intervenção em saúde. Apresentava como objetivo capacitar os profissionais atuantes da APS mediante atividades presenciais e atividades de campo para refletir sobre os cuidados que lançavam em seu território sobre a população envolvida com uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2016).

O acesso aos cursos de capacitação remete a uma reflexão sobre a importância da educação permanente e a real necessidade das suas abordagens voltadas ao campo da PRD que hoje se constitui como estratégia de cuidado em saúde mental. Nesse caminho, novos saberes e novas propostas oriundas dos profissionais da ESF implicam em ações potencializadoras na vida de cada usuário (TISSOT *et al.*, 2015).

Ao final da entrevista, seguindo este delineamento dos aspectos sociodemográficos e ocupacionais, foi evidenciado o catolicismo (dezoito) como religião mais citada pelos participantes, enquanto que a evangélica (três) e os que não seguem nenhuma religião (três) mantiveram o mesmo quantitativo.

Os católicos demonstraram apoiar a PRD, somente dois mencionou não deterem nenhum conhecimento a respeito, no entanto, não poderiam realizar nenhum julgamento. Todos os evangélicos mencionaram a redução de danos como uma política eficaz, principalmente, no sentido de proteção aos grupos vulneráveis economicamente e quanto aos aspectos de saúde. Em contrapartida, dos participantes que não possuíam religião, um deles desconhece a PRD, e os outros dois relataram durante a entrevista que não eram a favor da PRD por acharem complicado que a pessoa com vício em substância psicoativa, deixar de usar, ou reduzir o risco apenas por uma orientação de um profissional.

## 4.2 Análise de Similitude

A análise de similitude possibilita identificar as concorrências entre as palavras e seu resultado trazendo indicações da conexidade entre as palavras e auxiliando na identificação da estrutura da representação (Figura 3) (CAMARGO; JUSTO, 2013b). Na figura 3, estão dispostas as palavras mais frequentes nos discursos dos participantes. Buscando identificar e classificar os conteúdos das representações dos profissionais, percebeu-se que os léxicos que tiveram mais destaque foram: “**droga**”, “**usuário**”, “**saúde**”, “**dano**”, “**política**”, “**redução**”, “**não**”.

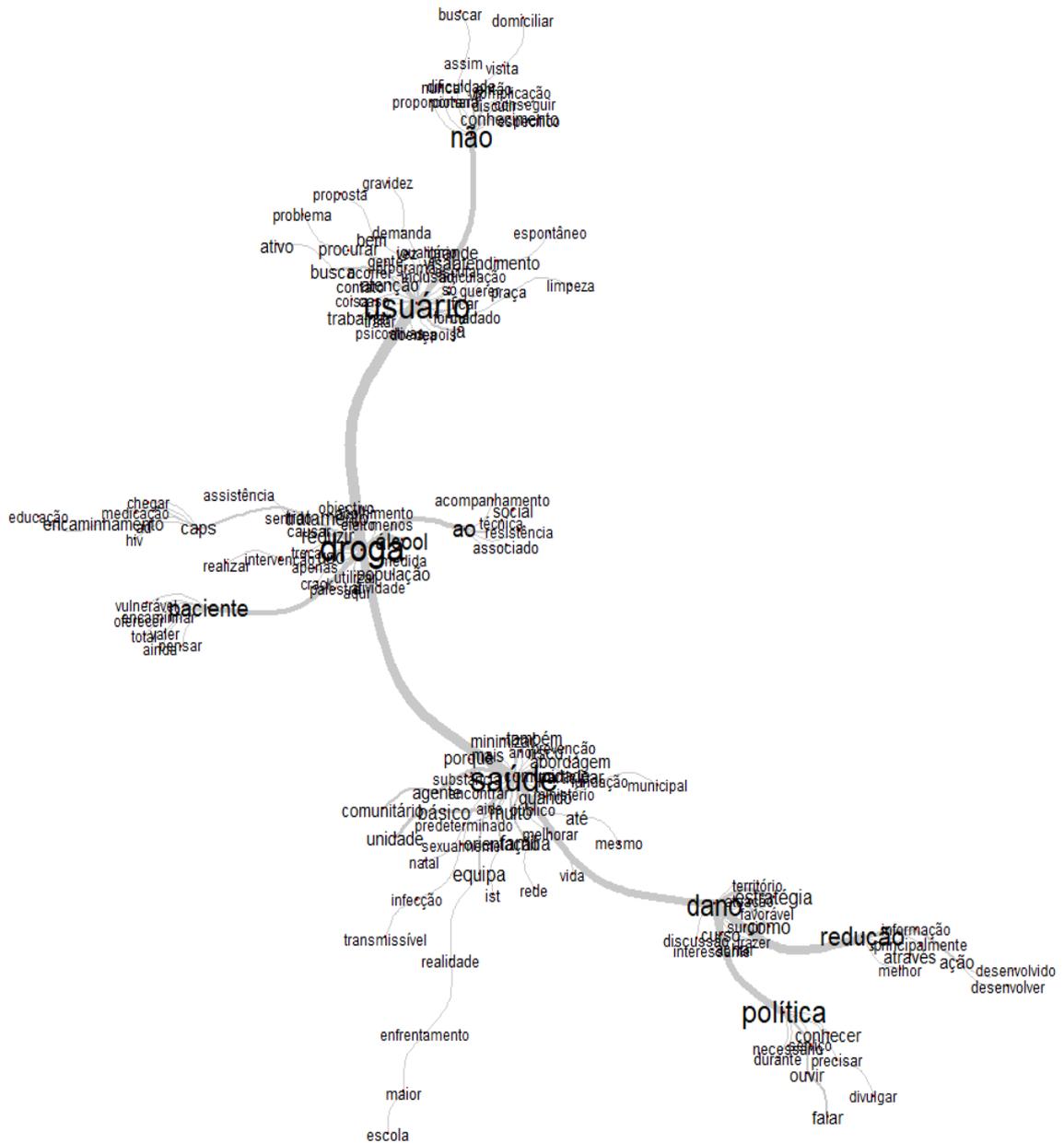


Figura 3: Análise de similitude da concepção dos profissionais da ESF sobre a PRD. Teresina, 2019.

Fonte: Iramuteq, 2019.

A representação “droga” está associada a “álcool”, “crack”, “paciente”, “vulnerável”, “assistência”, “acompanhamento”, “social”, “realizar”, “intervenção”, “encaminhamento”, “CAPS” e outros. A primeira traz a complexidade fenômeno do consumo de substâncias psicoativas que estão interligadas a um contexto econômico, social, político e que resulta em

questões relacionadas à saúde. Cabe enfatizar a intensidade do uso de drogas na atualidade, assim como a variedade das substâncias e suas diferentes formas de utilização e a diversidade das classes sociais usuárias.

Outra representação bem evidenciada é a palavra “usuário” que traz associações com “psicoativa”, “demanda espontânea”, “busca atendimento”, “proposta”. Nesse cenário, o usuário de drogas desencadeia comprometimentos clínicos causados pela dependência dessa substância e, somados ao caráter compulsivo do uso, surge o estigma e preconceito, oriundos do julgamento prematuro constituído pela comunidade em que estão inseridos. Com isso, surge a necessidade de uma abordagem assistencial e terapêutica diferenciada a cada indivíduo, considerando peculiaridades como o consumo, vulnerabilidades e riscos.

A representação do “Não” está intimamente ligada a “conhecimento”, “portaria”, “conseguir”, “dificuldade”, “proporcionar”, “visita domiciliar”. Este trecho demonstra que existem profissionais da saúde que não conhecem a portaria de redução de danos, o que traz como consequência a dificuldade de conseguirem prestar uma assistência resolutiva aos usuários de drogas na APS.

Observa-se ainda a palavra “saúde” que tem similitude com “agente”, “comunitário”, “prevenção”, “minimizar”, “rede”, “atenção”, “enfrentamento”, “realidade”, “vida” e outras. Este trecho remete o processo de construção de saúde das pessoas de uma comunidade, ação que se torna possível devido à aproximação entre território, população e ESF. Neste cenário, ganha destaque o papel do Agente Comunitário de Saúde por fazer parte da ESF, residir no território adscrito, conhecer a demanda e especificidades desta comunidade, favorecendo um elo entre à Unidade Básica de Saúde e a população.

Enquanto os ramos “política”, “redução”, “danos” integram-se para constituir políticas de saúde voltadas aos usuários de drogas com objetivo de reduzir os danos ocasionados pelas substâncias psicoativas. A PRD tem um foco direcionado na minimização dos riscos e consequências adversas, e procura beneficiar não apenas o usuário, mas a sua família e comunidade em que estão inseridos.

Desse modo, a Figura 3 identifica a vulnerabilidade das pessoas que usam drogas, assim como a necessidade de ações de saúde que sejam efetivadas pela interação dos profissionais da ESF, no sentido de prestar assistência sem discriminação e preconceito, com foco na PRD.



drogas de preferência. E consideram possível traçar estratégias juntamente com o paciente, assegurando-lhe a saúde.

Os discursos dos autores caminham em sentido linear e se complementam no momento em que percebem a PRD como uma ferramenta disposta a ser utilizada para melhorar a saúde integral do usuário de substância psicoativa, sem julgamento de valor. Assim, a compreensão que a PRD traz é de pluralidade, pois seu diferencial está nos possíveis caminhos ofertados para alterar a relação problemática que as pessoas podem ter com as drogas.

### 4.3 Organização de classes

Neste processo de análise, o software IRAMUTEC organizou o discurso dos participantes em classes de segmentos de textos, submetidos a cálculos estatísticos para facilitar interpretação. Assim, o software organizou as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde a respeito da PRD em quatro classes semânticas relacionadas entre si através da Classificação Hierárquica Descendentes (CHD).

Neste estudo, o *software* reconheceu a separação do corpus em 24 textos. O número de formas distintas ou palavras diferentes foi de 800, com número de ocorrências de 3.105, com frequência mínima de forma distinta igual a 3.76, ou seja, em média existem 3.76 palavras distintas no universo da amostra.

Dessa forma, o corpus foi dividido em 58 segmentos de texto analisáveis de um total de 88, onde se observa um nível de aproveitamento de 65.91% do total estudo, que foram designados em classes na classificação Hierárquica Descendente. Como pode ser visualizado na Figura 5, a CHD dividiu o *corpus* em 2 *eixos* dando origem a 4 *classes*.

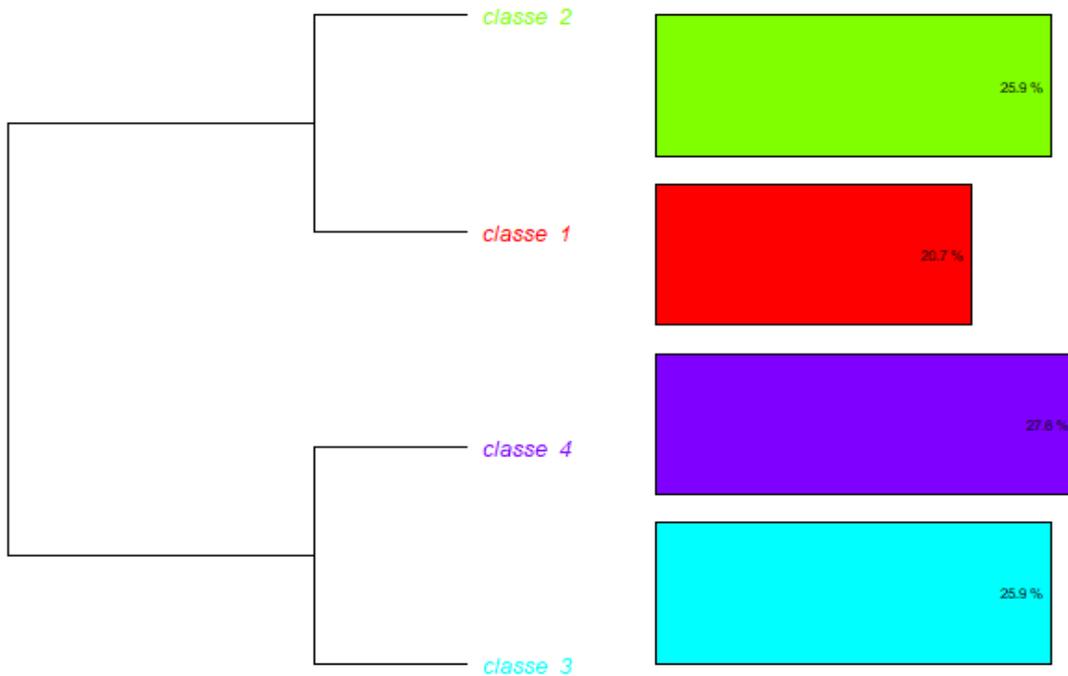


Figura 5: Dendrograma das classes obtidas a partir do corpus. Teresina, 2019.

Fonte: Iramuteq, 2019.

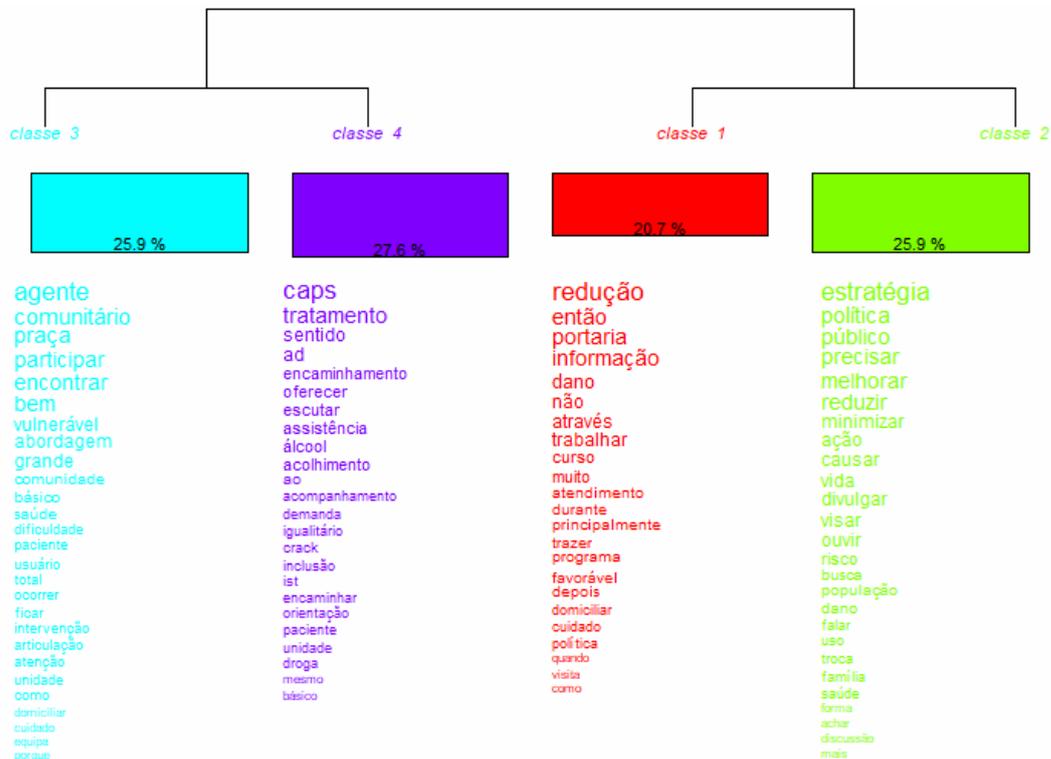


Figura 6: Dendrograma com percentual de cada classe, as principais palavras e X<sup>2</sup> de cada palavra.

Fonte: Iramuteq, 2019.

A leitura do Dendograma deve ser realizada da esquerda para a direita conforme a afinidade entre as classes. Inicialmente o *software* divide o corpus principal em duas ramificações, identificadas como segmentos 01 e 02. Cada segmento deu origem a duas classes, chegando a um total de quatro. A partir do segmento 01, se originou as classes 1 e 2, enquanto que o seguimento 02, deu origem as classes 3 e 4, que tiveram maior proximidade de conteúdo.

Para cada classe, foi computada uma lista de palavras geradas a partir do teste qui-quadrado ( $X^2$ ), ou melhor, esta análise visa a obter as classes de UCE, que ao mesmo tempo apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das UCE das outras classes, ou seja, o programa executa cálculos e fornece resultados que nos permite a descrição de cada uma das classes, principalmente pelo seu vocabulário característico (léxico). Enquanto a percentagem refere-se à ocorrência da palavra nos segmentos de texto nessa classe em relação a sua ocorrência no corpus, enquanto o qui-quadrado ( $X^2$ ) refere-se à associação da palavra com a classe (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

Ao distribuir as palavras analisáveis, verificou-se a classe 4 com 16 UEC, correspondendo a 27,6% dos segmentos de texto. A classe 3 com 15 UCE, correspondendo a 25,9% dos segmentos de texto. Igualmente, a classe 2 com 15 UCE, equivalendo a 25,9% dos segmentos de texto. E por último, a classe 1 com 12 UCE, a corresponder pelos segmentos de texto o valor de 20,7%.

#### 4.4 Descrição do conteúdo das classes

A descrição do conteúdo das classes segue por representação através do dendograma (Figura 5). Logo, foram consideradas as palavras com frequência igual ou maior que a média, que são consideradas maior ou igual a 3 e com  $X^2$  maior ou igual à 10, e cada classe é descrita pelas palavras mais significativas.

Cada classe foi nomeada segundo as palavras mais evocadas, análise dos agrupamentos de palavras, interpretação dos significados e conforme *corpus* colorido disponibilizado nos relatórios emitidos pelo *software*, a saber: classe 3- Ações de Redução de Danos desenvolvidas no cotidiano dos profissionais da ESF; classe 4- Articulação entre a UBS e o CAPS; classe 1- Concepção dos profissionais da ESF sobre a PRD; classe 2- Conhecimento dos Profissionais sobre a PRD.

Desse modo, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), auxilia a análise e discussão das classes utilizando o dendograma para melhor interpretação. Dessa maneira, a

leitura deve proceder da esquerda para direita. Assim, a sequência de análise no dendograma que segue da classe três, classe quatro, classe um, e classe dois.

O dendograma traz a descrição que emergiram dos relatos dos participantes, a partir da concepção dos profissionais em relação à PRD, destacando as ações que são desenvolvidas no cotidiano da ESF, a articulação existente entre a UBS e o CAPS, concepções e conhecimentos expressos nas quatro classes oriundas do *corpus*.

**POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: conhecimentos, concepções e práticas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.**

Segmento 01			Segmento 02								
PRD como estratégia de cuidados na ESF			Conhecimento dos profissionais da ESF sobre a PRD								
Classe 3			Classe 4			Classe 1			Classe 2		
 15 UCE – 25,9% Ações de Redução de Danos desenvolvidas no cotidiano dos profissionais da ESF.			 16 UCE - 27,59% Articulação entre a UBS e o CAPS			 12 UCE – 20,69% Concepção dos profissionais da ESF sobre a PRD			 15 UCE – 25,86% Conhecimento dos Profissionais sobre a PRD		
Palavras	X <sup>2</sup>	%	Palavras	X <sup>2</sup>	%	Palavras	X <sup>2</sup>	%	Palavras	X <sup>2</sup>	%
Agente	19.18		Tratamento	17.57		Redução	19.34		Estratégia	18.39	
Comunitário	15.69		Sentido	14.36		Então	16.47		Política	13.52	
Praça	15.69		Ad	14.36		Portaria	12.13		Público	12.32	
Participar	12.32		Encaminhamento	10.41		Informação	12.13		Precisar	12.32	
Bem	11.53		Oferecer	8.3		Dano	9.86		Melhorar	12.32	
Vulnerável	9.07		Escutar	8.3		Não	8.98		Reduzir	12.28	
Abordagem	8.36		Assistência	8.3		Trabalhar	8.62		Ação	9.07	
Grande	8.36		Álcool	7.74		Curso	6.45		Causar	9.07	
Comunidade	5.41		Acolhimento	7.52		Muito	6.33		Vida	9.07	
Básico	4.06		Ao	5.66		Atendimento	5.15		Divulgar	9.07	
Saúde	3.78		Acompanhamento	2.88		Durante	4.08		Visar	8.62	
Dificuldade	3.33		IST	2.42		Principalmente	4.08		Ouvir	8.36	
Paciente	2.78		Inclusão	2.42		Trazer	4.08		Risco	6.5	
Usuário	2.76		Encaminhar	2.42		Programa	4.08		Busca	5.41	
Ocorrer	2.75		Demanda	2.42		Favorável	4.08		População	5.41	
Ficar	2.75		Igualitário	2.42		Depois	4.08		Dano	4.96	
Total	2.75		Crack	2.42		Domiciliar	2.25		Uso	3.33	
Intervenção	2.75		Orientação	2.33		Cuidado	2.25		Falar	3.33	

Articulação	2.75		Paciente	2.15					Troca	2.75	
Atenção	2.03								Família	2.03	
Unidade	2.03										

Variáveis	X <sup>2</sup>	%	Variáveis	X <sup>2</sup>	%	Variáveis	X <sup>2</sup>	%	Variáveis	X <sup>2</sup>	%
Suj_03	11.53		*Suj_22	5.44		*Suj_13	7.94		*Suj_23	2.92	
*LocTrab_02	10.64		*LocTrab_01	3.48		*Suj_20	3.9		*Suj_16	2.75	
*LocTrab_03	2.75		*Suj_01	3.48		*Suj_02	2.25		*Suj_12	2.75	
*Suj_10	2.75		*LocTrab_07	2.42		*Suj_11	2.25				

Figura 7: Dendograma das classes com descrição dos conteúdos. Teresina, 2019.

### Segmento 01: PRD como estratégia de cuidados na ESF

Nesse segmento, serão ressaltadas as estratégias de cuidados com base na Redução de Danos e a importância da articulação entre as RAS, especificamente a articulação entre a ESF e o CAPS, e a descrição do compartilhar dos saberes e práticas desenvolvidas no processo de trabalho cotidiano. Segmento formado pelas classes 3 e 4.

#### Classe 3: Ações de Redução de Danos desenvolvidas no cotidiano dos profissionais da ESF.

Esta classe é constituída por 15 UCE, o que corresponde a 25,9% do *corpus total*, e está diretamente associada à classe 4. Os vocábulos mais frequentes e significativos pelos segmentos de textos foram: “Agente”, “Comunitário”, “Praça”, “Participar”, “Bem”, “Vulnerável”, “Abordagem”, “Grande” e “Comunidade”. E os valores de X<sup>2</sup> correspondem respectivamente à: 19.18, 15.69, 15.69, 12.32, 11.53, 9.07, 8.36, 8.36 e 5.41.

Os profissionais entrevistados descreveram as ações referentes à PRD, desenvolvidas no cotidiano de trabalho da ESF. Foi bem evidenciado neste estudo a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por estarem sempre em articulação com os demais profissionais da equipe, o que possibilitou a efetivação das práticas de educação em saúde, com descrição de características peculiares como consequências advindas do uso excessivo de drogas, alimentação, higiene e contaminação para doenças virais e Infecções Sexualmente

Transmissíveis (IST). Assim como, assistência ao paciente com tratamento antirretroviral e entrega de insumos.

Colocamos o ACS em contato ou eles procuram livremente a UBS. Aqui na nossa comunidade temos uma praça popularmente chamada de “Praça do pé inchado” onde encontramos usuários de drogas e pacientes alcoólatras que ficam lá o dia todo. [...] há alguns anos atrás foi realizado a limpeza da praça com distribuição de camisinhas e orientações sobre IST. Não fizemos mais nenhuma intervenção diretamente nela, porém os ACS continuam mantendo contato com os usuários e quando ocorre alguma alteração eles comunicam pra gente. (E2)

Fizemos um trabalho na praça que é habitada por usuários de álcool e drogas foi uma abordagem bem específica que trazia propostas de redução de danos conforme o que os ACS haviam aprendido durante o curso. No início os usuários ficaram bem intimidados com a nossa presença, mas participaram. Discutimos sobre saúde, higiene pessoal, verificamos a pressão arterial, e realizamos cuidados de limpeza com a praça porque a limpeza de lá é muito precária. Os usuários tiveram uma boa participação e foi bem proveitoso. (E3)

Houve uma articulação da ESF com a “Fraternidade amor é a resposta” que proferiu uma palestra para os profissionais da UBS, usuários de álcool e outras drogas e comunidade do território adscrito sobre a PRD. (E10)

Os participantes descreveram estratégias que foram utilizadas com a comunidade, através do compartilhamento de informações sobre os possíveis riscos que a droga poderia ocasionar no indivíduo com auxílio de recursos visuais, utilizando cartazes, cartolinas e *folders*. Eram ações de Educação em Saúde, com discussões sobre uso de preservativos e apresentação de algumas IST. Vale fomentar a importância da participação dos ACS, por serem um elo de comunicação entre usuário e profissionais da saúde.

De acordo com o Art. 6º da Portaria 1.028 de 01 de julho de 2005, as estratégias de redução de danos incluem a disponibilização de insumos de prevenção ao HIV/AIDS e estratégias de saúde, que sejam direcionadas à proteção da vida e ao tratamento dos dependentes de produtos, substâncias e drogas que causem dependência (BRASIL, 2005).

Relembrando a trajetória histórica de consolidação da PRD em alguns países, destaca-se a problemática da epidemia da AIDS entre os usuários de drogas injetáveis e sua imensa propagação, motivo que alavancou os poderes públicos a tomarem a iniciativa de criar estratégias de aproximação desse grupo vulnerável. Nesta perspectiva, trabalhadores da saúde deram o primeiro passo com vistas ao estabelecimento de vínculos com essa população, visando à promoção de ações preventivas e facilitar o acesso a serviços de saúde. Convém destacar que as estratégias da PRD envolvem a saúde geral do usuário, no aspecto físico e psicoemocional.

Neste contexto, cabe mencionar que, o tratamento para doenças infecciosas como HIV e Hepatite C e novos tratamentos antivirais de ação direta, estão tendo grandes efeitos na qualidade de vida do paciente e possibilitam novos caminhos para uma prevenção eficaz. Além disso, a PRD está favorecendo a diminuição de custos com a saúde em vários países, especialmente quando esses serviços são combinados com a terapia antirretroviral, permitindo que pessoas que vivem com o HIV permaneçam saudáveis (WIESSING *et al*, 2017).

O processo de construção da PRD depende de organização de programas que foquem no desempenho de sua efetiva realização, ou de sua sustentabilidade. Esse processo é compreendido como apoio político, técnico-administrativo e financeiro necessário à continuidade das ações de redução de danos implantadas no estado ou município (NARDI; RIGONI, 2009).

No Brasil, o trabalho da PRD tem sido ampliado para além da prevenção do HIV e das hepatites virais, houve um direcionamento para a saúde mental. Mas, a despeito dessa ampliação, as barreiras ainda existem e são muitas as dificuldades que os programas encontram para se integrarem ao sistema de saúde. Ainda existem muitos problemas de descontinuidade e declínio em seu financiamento, o que pode estar associado a problemas na cobertura e sustentabilidade (INGLEZ-DIAS *et al.*, 2014).

Vale destacar abaixo as verbalizações dos participantes:

A abordagem na consulta da APS sobre álcool, tabagismo e outras drogas é feita e se utiliza também de testes de identificação como o AUDIT, com o objetivo de executar intervenção durante visita domiciliar ao usuário. (E15)

Notadamente, o discurso fortalece as ações do profissional de saúde, destacando a importância de estratégias que detenham uma atenção voltada também ao álcool. Nesse direcionamento, vale ressaltar o *AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)* como instrumento voltado exclusivamente para avaliação do uso de álcool, e por ser de fácil aplicação, favorece a equipe de profissionais ao desenvolver a assistência aos usuários, com possibilidades de traçar propostas de cuidados baseadas na realidade do usuário. Frente a essa questão, a Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta que os serviços de saúde utilizem o *AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)* como instrumento de rastreamento para identificar os padrões de consumo dos pacientes com dependência de álcool. O teste avalia diversos níveis de uso de álcool, é composto por dez questões que de acordo com a pontuação, auxiliam na identificação de diferentes padrões de consumo: uso de baixo risco, uso de risco, uso nocivo e provável dependência (BABOR *et al*, 2003).

Torna-se necessário citar que o abuso de álcool é um dos fatores de risco mais importantes para a saúde, e ainda assim, possui acesso muito limitado ao tratamento. O depoimento do participante deixa evidente a preocupação em primeiro realizar um diagnóstico situacional do paciente e avaliar o padrão de dependência de álcool para posteriormente criar estratégias e executá-las em domicílio, com o cuidado para que não haja futura desistência do paciente ao tratamento.

No entanto, cabe lembrar que o paradigma da PRD é estar em constante ação em prol da melhoria da qualidade de vida do usuário, e nesse cenário, o profissional da ESF conhece a realidade do seu território e constrói vínculo com sua comunidade, o que possibilita a articulação de estratégias de cuidados adequadas e possíveis ao enredo do usuário alcoolista.

Em síntese, indivíduos dependentes de álcool são capazes de estabelecerem seus próprios objetivos de tratamento, estratégias específicas de redução de danos, como alternativas de trocas de bebidas de maior teor alcoólicos por outro de menor. Também o desenvolvimento de atividades significativas que incluem obras artísticas, passeios, envolvimento em comunidades étnicas e religiosas e trabalho voluntariado. Tais metas podem atingir a melhora na qualidade de vida, tornando-se relevantes e realistas para o indivíduo dependente que ainda não conseguem parar com o uso descontrolado (COLLINS *et al.*, 2015).

Em continuidade ao discurso dos participantes, percebe-se coerência das ações que integram a PRD na APS, vivenciadas em dois momentos distintos pela ESF. O primeiro descreve atitudes dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ao realizarem no território adscrito o levantamento das eventuais necessidades de saúde da comunidade, considerando característica e intensidade do problema, para encaminha-los à UBS às consultas médicas e consultas de enfermagem. O segundo faz referência aos casos complexos, em situação de rua, que exigem criatividade dos profissionais de saúde, de modo a articular uma rede de apoio para cuidar desse usuário.

Os ACS encaminham pacientes usuários de álcool e drogas para as consultas com médicos e enfermeiras. Também, já ocorreu articulação com o consultório na rua, quando foi preciso, eles trouxeram exatamente quatro pacientes usuárias de drogas para acompanhamento de pré-natal. (E10)

Muitos desdobramentos são possíveis adotando a PRD na APS, o que se deve salientar é que o profissional da ESF deve estar sempre atento ao problema de cada usuário de substâncias psicoativas, porém, sem perder de vista o todo, de modo que possa com cada sujeito perceber e criar novas possibilidades de arranjo para lidar com o problema (BRASIL, 2013c). Neste sentido, o ACS surge nesse cenário com papel de destaque por ser profissional

essencial no contexto da APS, e atuante no acompanhamento das famílias no território. Sempre ativo na equipe da ESF, trabalha favorecendo a comunicação entre a comunidade e os profissionais de saúde, por residir no território e conhecer de perto a realidade de vida da comunidade (BEZERRA; FEITOSA, 2018).

Ainda no que tange à questão da organização do trabalho, observa-se que o ACS tem papel importante na expansão e consolidação da APS, suas atribuições estão sistematizadas nas atividades de identificação de situação de risco e orientação das famílias e comunidade. Em síntese, auxilia no planejamento e implementação das ações de saúde, ao encaminhar informações do território de abrangência para a ESF (ALONSO; BEGUIN; DUARTE, 2018).

De acordo com o relato do profissional observa-se que o Consultório na Rua vem como facilitador para a chegada dos usuários de álcool e outras drogas em situação vulnerável para as UBS para que haja a participação dos profissionais da ESF no sentido de prestar ações assistenciais em saúde com compartilhamento do cuidado. Nessa perspectiva, a ESF desenvolve ações que visem à integralidade da atenção ao usuário, de modo a atingir um atendimento singular das pessoas em suas necessidades de saúde.

Cabe destacar ainda que o Consultório na rua é uma estratégia da APS destinada às pessoas que vivem em situação de rua com a finalidade de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção às pessoas dependentes de álcool e outras drogas. Inclui cuidado ao uso problemático ao uso de substâncias psicoativas por meio da busca ativa e compartilhamento de estratégias desenvolvidas em demais pontos com as RAS. O programa surgiu dentro do campo burocrático do Ministério da Saúde e dos subespaços da saúde mental e da APS (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2014).

Trata-se de um dispositivo que se configura como a principal porta de entrada de pessoas em situação vulnerável para serviços da APS e deve atuar integrada à RAS, assim como a outras redes intersetoriais. Com isso, deve desenvolver ações de saúde, promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, considerando o contexto de vida da população (BRASIL, 2012).

As equipes de Consultório na Rua ofertam cuidados mais restritos aos usuários em seus locais de permanência, ao desenvolverem ações de identificação de riscos e vulnerabilidades, testes rápidos para gravidez, sífilis, hepatite e HIV, referenciando-os aos serviços de saúde, de modo a proporcionar maior acessibilidade aos serviços da rede institucionalizada e à assistência integral. Também busca promover laços sociais para àqueles

com evidente vulnerabilidade, inseridos em meio a exclusão da sociedade (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

Diante dessa realidade, também é importante destacar a necessidade de um olhar apurado aos grupos vulneráveis, tendo em vista as dificuldades em que se encontram inseridos. Grupos vulneráveis, portanto, devem ser considerados como atores sociais indispensáveis na efetividade da assistência em saúde, como se pode considerar nos seguintes relatos:

[...] procuramos mecanismos para facilitar os atendimentos a pacientes em zona de risco com dificuldades de locomoção à Unidade Básica de Saúde com doenças negligenciadas. É importante proteger os grupos vulneráveis economicamente quanto aos aspectos de saúde. (E21)

[...] desenvolvemos palestra sobre temática de drogas. E promovemos principalmente informações, orientações em busca do autocuidado, da redução dos danos. Fazemos o encaminhamento para serviços especializados quando necessário. Sabemos o quanto são vulneráveis estes usuários de drogas. (E 11)

A exemplo dos depoimentos acima, as pessoas que fazem parte dos grupos vulneráveis necessitam de uma sensibilidade maior por parte dos profissionais que integram a ESF, considerando que apresentam características peculiares, com propósito de trabalhar a autonomia dos usuários, assim como a prevenção, promoção e atenção com enfoque na integralidade das ações de saúde e na perspectiva de um cuidado ampliado.

Diante dessa realidade, Bourdieu (2010) traz grandes contribuições em seus estudos sobre aspectos sociais, práticas e comportamentos dos indivíduos em situação de vulnerabilidade. Em síntese, o autor enfatiza que a sociedade atual valoriza disposições do indivíduo que variam desde o modo de agir, falar, gesticular e modo de compreender o mundo, julgando que estes são resultados do processo de assimilação e reprodução de valores.

O autor afirma que o indivíduo vulnerável carrega em seu corpo e na maneira de ser, de agir, as marcas da miséria e da luta cotidiana para alcançar a sobrevivência, fatos que se sobrepõe a seus *habitus*, ou seja, aos seus arranjos construídos ao longo de suas vidas. Estes arranjos podem ganhar novas configurações a partir do momento em que o indivíduo é inserido em espaços sociais específicos (BOURDIEU, 2010).

Nesta perspectiva, o contexto da APS, em especial da ESF, torna-se um espaço social favorável para assistir aos indivíduos vulneráveis, de modo a priorizar suas individualidades com o objetivo de estabelecer estratégias de saúde favoráveis. Agindo desta maneira, a equipe da ESF consegue desenvolver efetivamente o atendimento a estes pacientes, garantindo proteção quanto aos aspectos de saúde.

Entretanto, ainda existem profissionais que trabalham na lógica tradicional sem nenhuma postura flexível e acolhedora aos grupos mais vulneráveis nas UBS, de forma que a assistência a este grupo torna-se extremamente prejudicada. Como justificativas para tal comportamento, citam a falta de estrutura do serviço e o desconhecimento da equipe de saúde em saber acolher o usuário de substâncias psicoativas, bem como prosseguir com o tratamento.

Constata-se também que o último fator está intimamente associado a atos discriminatórios por associar o usuário a imagem de um sujeito propagador da violência e criminalidade. Achados evidenciados nas seguintes falas:

[...] o maior desafio que a equipe encontra é o enfrentamento dessa realidade que é a abordagem “in loco”, até por conta falta de estrutura. Pois, não temos transporte. Já temos grande dificuldade de conseguirmos carro no dia da visita domiciliar. O que estou relatando são as dificuldades porque a violência é muito grande e o que a gente sabe é que o ACS encontra com o usuário na comunidade e tem muito medo e não sabe como lidar com a situação. (E3)

[...] é complicado conscientizar uma pessoa viciada para reduzir o uso, ou até mesmo para a orientação da troca da droga por uma que cause menos malefício à saúde. Acho sem sentido essa política. (M12)

Percebe-se que existem limitações por parte da equipe da ESF, pois somado às limitações estruturais oriundas da UBS, existe também o estigma ao usuário de substância psicoativa, a associação deste com a marginalidade e principalmente o despreparo dos profissionais para lidar com as situações encontradas.

Nesse sentido, a dificuldade em desenvolver o cuidado baseado na PRD, acontece em função da perspectiva proibicionista adotada pelos profissionais de saúde, uma vez que associam muitas vezes o uso da droga como ato de marginalidade. Assim, a dificuldade em atender aos usuários de substâncias psicoativas, pode também estar associada à meta estabelecida de abstinência total, com a percepção moralizante, e associação ao crime (SOUZA; RONZANI, 2018).

Outro ponto inquietante diz respeito à formação acadêmica dos profissionais da saúde, visto que não se prioriza, na maioria das vezes, questões relativas aos cuidados às pessoas que fazem uso permanente de substâncias psicoativas, especialmente, quando se trata de conteúdos programáticos sobre a redução de danos (ARAÚJO; PIRES, 2018). De forma que urge a necessidade de investimentos em capacitações voltadas aos profissionais da ESF sobre a temática de redução de danos, a fim de possam prestarem um cuidado mais qualificado a esta clientela.

Corroborando esse pensamento, Souza e Ronzani (2018) apontam para a necessidade de se pensar em processos de formação contínuos, que envolvam os profissionais de saúde de maneira abrangente ao contexto das drogas, sendo necessário programas de educação permanente direcionados as bases teóricas da redução de danos de forma a ampliar a capacidade dos profissionais de saúde a direcionar os cuidados aos adictos.

Frente às dificuldades enfrentadas pelos profissionais em acolherem as pessoas que usam substâncias psicoativas, evidencia-se o desafio no investimento em mudanças de práticas, buscando aporte nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, nos princípios e diretrizes da Política de Saúde Mental, e na APS como alicerce para a inovação das ações cotidianas direcionadas a este público.

#### **Classe 4- Articulação entre a UBS e o CAPS**

Esta classe é constituída por 16 UCE ou segmentos de texto que corresponde a 27.59% do corpus total e está diretamente associada à classe 3. Os vocábulos mais frequentes e significativos dos segmentos de textos desta classe são: “tratamento”, “sentido”, “ad”, “encaminhamento”, “oferecer”, “escutar”, “assistência”, “álcool” e “acolhimento”. E os valores de  $X^2$  correspondem respectivamente à: 17.57, 14.36, 14.36, 10.41, 8.3, 8.3, 8.3, 7.74 e 7.52.

A UBS é reconhecida como porta de entrada para os cuidados de saúde de toda a população adscrita no território, de modo a garantir o acesso a todos os usuários. No entanto, deve-se ocorrer uma permanente articulação com as RAS. Com isso, torna-se essencial que as ações dos profissionais de saúde desenvolvam cotidianamente o acolhimento aos usuários, como estratégia norteadora para auxiliar no manejo das necessidades de saúde do indivíduo.

[...] agora esse ano é que o CAPS está trabalhando com a gente, pois ficamos com as doenças crônicas e a parte dos usuários de drogas e álcool é que estamos tendo um contato com o CAPS ad. Pois quando chega um usuário de álcool e drogas fazemos o acolhimento e depois encaminhamos para o CAPS não temos nenhum manejo com o paciente usuário de drogas temos apenas uma interação de casos conosco. Contudo a orientação é no sentido de procurar o CAPS que pode ser por encaminhamento da UBS ou voluntário, agora em relação a outras patologias é que fazemos a prevenção da diabetes gravidez de alto risco, enfim, porque a demanda é muito grande. Em resumo encaminhamento ao CAPS e orientações através de educação em saúde. (E 01)

Referência para tratamento no CAPS ad, orientações sobre os riscos de compartilhamento de seringas e agulhas, acompanhamento para exames HIV e hepatites e orientação ao tratamento de HIV, hepatites e IST. (E 16)

[...] utilização de técnicas lúdicas músicas arteterapias, educação em saúde na UBS sobre álcool crack e outras drogas, encaminhamento para o CAPS e matriciamento com articulação ao CAPS. (E 15)

Pode-se observar que as ações ainda são muito incipientes, sendo na maioria das vezes, pontuais, se restringindo mais ao encaminhamento dos usuários para o CAPS. Esta prática acontece sistematicamente porque os profissionais da ESF percebem o referido serviço como instituição potencializadora para o tratamento dos usuários de substâncias psicoativas e por subjugarem ser o lugar adequado para o desenvolvimento de estratégias voltadas a PRD.

A magnitude da problemática permeia tanto a área da Saúde Mental quanto da APS, e esta junção, percorre por grandes transformações nas últimas décadas, sendo alvo de debate no país. Diversos posicionamentos, favoráveis e contraditórios, permeiam o senso comum em nossa sociedade. Sabe-se que o Ministério da Saúde e a Coordenação Técnica de Saúde Mental estão empenhados na formulação de diretrizes para a APS e a Saúde Mental, com vistas na implementação de estratégias que fortaleçam a atenção aos usuários de substâncias psicoativas (REZENDE, 2017).

Mediante os discursos apresentados compreende-se o papel da UBS e a importância da articulação em RAS, no caso citado, com o CAPS. Cabe mencionar, a este evento, que inicialmente é papel da ESF identificar as reais necessidades de saúde do usuário de substâncias psicoativas, de modo a procurar a melhor resolutividade.

Torna-se salutar comentar o modo de produzir saúde na APS, através de uma construção compartilhada, por meio da elaboração de propostas de intervenção para o cuidado das pessoas, em que as relações entre os serviços de saúde acontecem, com o devido compartilhamento de estratégias de cuidados (BRASIL, 2013b).

A partir dos depoimentos dos profissionais observa-se que ocorre o compartilhamento das ações, no momento em que os participantes referem a ESF como equipe de referência aos usuários do território adscrito, como atendimento inicial para o cuidado, e depois solicitam ajuda do CAPS como equipe de apoio. Esse momento caracteriza-se como integração dos saberes em instituições de saúde diferenciadas que se agregam em parcerias com um mesmo intuito, o de assistir ao usuário de substância psicoativa.

Quando os profissionais da ESF procuram a Saúde Mental como suporte para as ações da PRD, confirma-se de sobremaneira que a UBS e o CAPS estão conectados, com um único propósito, o de melhor assistir aos usuários de substâncias psicoativas.

Neste ponto de atenção, a ESF desenvolve suas ações em um território geograficamente conhecido, o que favorece aos profissionais a criação de vínculos com a

comunidade, criando uma aproximação favorável para conhecerem a história de vida das pessoas. Ressalta-se que desenvolver ações de saúde mental no território das equipes resume-se em aprimorar competências de cuidado, favorecendo a prática diária (BRASIL, 2013c).

Logo, a PRD passa a ser compreendida como estratégia pública que garante a ampliação de ações que transcendem iniciativas usuais como a troca de seringas, na tentativa de se construir ações que sejam transversais nos serviços assistenciais do SUS, com o intuito de conectar os serviços da Saúde Mental (CAPS) aos da APS (ESF) (REZENDE, 2017).

Para que haja uma assistência resolutiva e com qualidade é imprescindível que a equipe de saúde inicie suas ações com o Acolhimento, visto que é um dispositivo que propicia a organização das equipes no modo de trabalho, de forma a atender aos usuários de substâncias psicoativas, com ênfase na escuta, verificando a necessidade de cada um, como demonstram depoimentos a seguir:

O que oferecemos é o acolhimento, atenção e tempo de escuta aos usuários. Vale ressaltar que temos um tratamento igualitário aos demais pacientes independentes de serem usuários ou não de álcool e outras drogas. (E 07)

Já a atitude do profissional de saúde que presta assistência a este usuário deve ser mais no sentido de escuta e acolhimento devemos adotar medidas de inclusão dos usuários de álcool e outras drogas no sentido de promover o acolhimento. (E 17)

Os depoentes corroboram a perspectiva de assistirem aos usuários de substâncias psicoativas com ações de acolhimento, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde com uma postura favorável, capaz de realizar a escuta, dar respostas adequadas, ser capaz de analisar as demandas e adotar medidas de inclusão, quando necessário.

O acolhimento traz sempre uma combinação de duas dimensões. A primeira no campo relacional, que envolve a postura do profissional em relação à assistência prestada ao usuário, com foco na escuta qualificada e na humanização. Enquanto que a segunda, refere-se ao campo da organização de processos de trabalho, no qual o acolhimento pode ser um dispositivo utilizado para promover o acesso e a resolutividade da atenção à saúde (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

Traduz-se, portanto, em um dispositivo de intervenção que possibilita a análise do processo de trabalho em saúde, e configura-se nas relações éticas, humanitárias e de solidariedade. É estimulada a criação de vínculo entre profissional e usuário e permite ampliação do acesso de pessoas aos diversos serviços de saúde. Baseia-se no reconhecimento

do usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2013c).

Enfim, torna-se salutar destacar a importância dos profissionais da ESF utilizarem no cotidiano de trabalho ferramentas alicerçadas nos dispositivos da integralidade, como processo organizador de trabalho com propósito substancial para ampliação da utilização do conhecimento dos demais profissionais e o incremento da qualidade na assistência (GARUZI *et al.*, 2014).

O sentido do acolhimento é também de possuir a capacidade de promover o vínculo entre profissionais e usuários, de modo a facilitar a aceitação da PRD, e uma melhor compreensão dos danos ocasionados pelo uso e excesso das substâncias psicoativas.

Entretanto, nem todos os Profissionais da ESF acolhem ao usuário de substância psicoativa de modo igual aos demais que são assistidos na rotina da UBS. O sentimento é de insegurança por vê-lo como seres inconfiáveis e agressivos, sinônimo de criminalidade:

Acho sem sentido essa política é muito complicado ter acesso e prestar assistência a tais pacientes usuários de drogas, pois estes não aceitam tratamento, são agressivos, é arriscado até mesmo para os profissionais. (M 12)

Em contraponto ao que foi discutido anteriormente, a fala do participante acima demonstra nitidamente que o cuidado assistencial ao usuário de substância psicoativa encontra-se em um espaço permeado de limitações. Profissionais de saúde apontam dificuldades em adotarem a PRD nas suas ações de trabalho por julgarem as ações perigosas em virtude dos atos de agressividade dos usuários. Enfim, mais um relato que enaltece atos discriminatórios aos usuários de substâncias psicoativas.

É importante mencionar que o profissional de saúde precisa desenvolver a habilidade de ouvir ao usuário sem preconceitos e sem julgamentos, analisando as possibilidades de cuidado de maneira bem criativa, fazendo uso das redes de cuidado para propiciar um atendimento bem dinâmico (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

Em reflexão, percebe-se que os usuários de substâncias psicoativas não são ouvidos porque há consensos na sociedade que resultam em enrijecimento de possibilidades de escuta e de acolhimento ético e digno, tudo em consequência de profissionais com imaginário social dotado por valores moralistas carregados de preconceitos. Predomina uma identidade estigmatizante de marginal, violento, a ideia de pessoa sem direito a um lugar social, aquele que deve ser excluído (BARD *et al.*, 2016).

A metodologia de trabalho adotada por alguns profissionais em relação aos usuários de substâncias psicoativas apresentava-se repleta de limitações. Com isso, percebe-se que os valores construídos pelos profissionais são permeados pelo preconceito e, por conseguinte, resulta em discriminação e resistência em acolher essas pessoas.

A propósito disso, ressalta-se que o profissional de saúde deve estar sempre apto a oferecer um acolhimento de qualidade para ter condições de ouvir o usuário de uma forma receptiva, atenciosa e solidária, sendo capaz de promover maior efetividade e eficiência no decorrer do seu trabalho. Para tanto, torna-se imprescindível que a equipe de saúde da atenção básica tenha conhecimento e motivação para atuar frente a esta clientela (MUNIZ *et al.*, 2015).

O acolhimento pode ser, portanto, decisivo para favorecer as estratégias de redução de danos, por priorizar questões éticas de cada indivíduo e a compreensão da individualidade de cada um, aceitando-os no estágio em que se encontram, seja, em relação ao seu consumo, ou mesmo a dependência de substâncias.

## **SEGMENTO 02: Conhecimento sobre a Política de Redução de Danos**

Nesse segmento, é discutida inicialmente a concepção dos profissionais sobre a PRD, seguido de uma análise dos conhecimentos adquiridos pelos profissionais ao longo do contexto de saúde sobre a real compreensão sobre as estratégias desenvolvidas no âmbito da redução de danos, tendo em vista as peculiaridades desta assistência em saúde. Segmento formado pelas classes 1 e 2.

### **Classe 1: Concepção dos profissionais da ESF sobre a PRD**

Esta classe é constituída por 12 UCE ou segmentos de textos que correspondem a 20,69% do *corpus* e está intimamente ligado à classe 2. Os vocábulos mais frequentes e significativos dos segmentos de texto desta classe foram: “Redução”, “então”, “portaria”, “informação”, “dano”, “não” e “trabalhar”. Assim, os valores de  $X^2$  correspondem respectivamente, 19.34, 16.47, 12.13, 12.13, 9.86, 8.98 e 8.62.

Na tentativa de se encontrar respostas a respeito da concepção dos profissionais da ESF sobre a PRD, identificou-se avanços e limitações no contexto da ESF, tendo em vista que esta política ainda segue lentamente na conjuntura nacional.

A partir dos discursos dos profissionais foi possível identificar suas concepções acerca da PRD, e o modo como estes executam estas estratégias de forma bem simplificada no contexto da ESF. Nesta análise, observa-se um sentido de transformação na assistência aos usuários de substâncias psicoativas, como segue nos relatos a seguir:

[...] minha concepção quanto à política de redução de danos é favorável, trata se de algo muito bom para os usuários. (E 03)

[...] sou favorável à política de redução de danos por vê o usuário de drogas sem preconceitos de forma a ser cuidado de forma igualitária. Criamos um programa de redução de medicamentos controlados para pacientes extremamente viciados através de substituição por remédios fitoterápicos até a retirada total do medicamento. (M 13)

Pode-se evidenciar uma concepção totalmente favorável nos discursos dos profissionais a respeito da PRD. Resume-se em uma política que surgiu em defesa dos usuários de substâncias psicoativas, pautada em uma lógica ampliada, embasada em ideais que defendem uma assistência igualitária.

Cumprе destacar que o direito de assistência de forma igualitária está ancorado nas diretrizes e nos princípios fundamentais do SUS que tiveram seu alicerce na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080. Em uma de suas pautas, consta a discussão do acesso igualitário às ações e aos serviços de saúde, sem discriminação (CARVALHO, 2013).

As falas dos participantes demarcam um entendimento, um conhecimento adquirido no contexto de trabalho, durante a prática exercida por ocasião do atendimento na UBS. Um exemplo disto é citado o momento em que o profissional reconhece e utiliza a redução de danos como caminho para se chegar à abstinência, através da substituição de medicamentos, ou seja, troca-se um medicamento com grandes efeitos colaterais por outro que traga menos ou nenhum dano ao paciente.

Nessa direção, as ações de informação, assim como as de aconselhamento decorrentes do consumo de substâncias psicoativas que causem dependência devem estar incluídas nas estratégias de redução de danos, dados os agravos relacionados a esta substância na população geral, com vistas a potencializar os efeitos de promoção à saúde (BRASIL, 2005).

Nesse segmento, observa-se que os profissionais mencionam apoiar a PRD. Embora tragam em seus discursos relatos de que não existe qualificação específica sobre a temática de redução de danos em oferta dentro dos cursos propostos pela agenda de Educação Permanente em Saúde.

[...] nunca recebemos curso ou qualificação específica para discutir sobre redução de danos. Mas, eu apoio totalmente acho que já que não podemos mudar totalmente

estes usuários então vamos procurar reduzir os danos o máximo que conseguirmos [...]. Não é muito fácil para termos este acesso. (M 02)

[...] a própria Fundação Municipal de Saúde ao trabalhar com qualificações conosco acaba trazendo outros temas durante os cursos que ofertam. Então, o que fazemos referente à política de redução de danos é muito superficial é uma informação, um acolhimento, um encaminhamento, quando necessário. (E 11)

Tudo que é melhor para a sobrevivência do paciente penso ser positivo. Eu não sei se por eu não estar com a portaria que fala sobre a política de redução de danos, por não trabalhar com ela, eu tenho pouco a discutir, mas a gente trabalha muito com a prevenção de complicações só que voltado para o programa de diabetes e hipertensão sabemos que tem a parte da portaria que discute como assistir o usuário, mas não fazemos isso. (E 01)

Nessa vertente, profissionais de saúde concebem a redução de danos como uma política positiva, abrangente e como considerável avanço na área da saúde pública. No entanto, relatam que na prática sua aplicação é pouco exercida, e em alguns casos, não chega nem a ser efetivada. Com isso, verifica-se a real necessidade da educação permanente com essa temática, pois os participantes mencionaram nenhuma qualificação específica.

De fato, identificou-se, no decorrer dos discursos, a real necessidade de incluir a abordagem de redução de danos enquanto cursos de aperfeiçoamento direcionado aos profissionais da APS, ou até mesmo seguirem com programas de Educação Permanente com o intuito de promover cuidado de qualidade a essa clientela (ARAÚJO; PIRES, 2018).

Em oposição aos discursos anteriores, o exemplo que segue demonstra a não aceitação na assistência à saúde aos usuários de substâncias psicoativas com ações direcionadas à PRD. O participante do estudo também menciona que não consegue encontrar significância entre a ESF e a PRD.

Ouvi muito pouco sobre a Política de Redução de Danos, o que sei foi através da Portaria 1. 028 de 2005. Não consigo ver saída através da atuação da ESF com abordagem para redução de danos utilizando meios como abordagens, palestras, visitas domiciliares. Acredito que o problema está no seio da família e só poderá ser feito alguma coisa se houver consenso entre eles, que são os usuários, e se houver aceitação por parte deles. (E20)

A concepção de alguns profissionais da ESF contrapõe a proposta de redução de danos, por não acreditarem nesta intervenção como algo eficiente para as estratégias de saúde. Percebe-se, assim, que mesmo após vários anos das primeiras experiências, e de estarem expressas nas diversas políticas sobre a questão das drogas, permanecem empecilhos históricos que tentam deslegitimar a PRD como uma alternativa viável.

Apesar dos resultados positivos apresentados pela redução de danos, muitas barreiras ainda são encontradas em sua implantação. Esses impedimentos estão atrelados às oposições dos profissionais da saúde e aos seus valores morais. Outro fator é a insuficiência de capacitação na área para estes profissionais, assim como o número de publicações referentes ao tema (GOMES; VECCHIA, 2018).

Considerando que as UBS são as instituições mais próximas da comunidade, temos então que instigarmos métodos ou estratégias que possam atingir os profissionais da ESF no sentido de desnaturalizar os preconceitos existentes em relação aos pacientes usuários de álcool e outras drogas, seja através da ruptura de paradigmas, ou através da construção de saberes com a proposta de Cursos de aperfeiçoamento que possam discutir a problemática das drogas com ênfase na redução de danos.

## **Classe 2: Conhecimento dos Profissionais sobre a PRD**

Esta classe é constituída por 15 UCE ou segmentos de texto, que corresponde a 25.86% do corpus total e está diretamente associada à classe 1. Os vocábulos mais frequentes e significativos foram: “estratégia”, “política”, “público”, “precisar”, “melhorar”, “reduzir” e “ação”. E os valores de  $X^2$  correspondem respectivamente, 18.39, 13.52, 12.32, 12.32, 12.32, 12.28 e 9.07.

A redução de danos passa a ser compreendida como uma estratégia na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Essa nova estratégia pública de saúde amplia as possibilidades de ações para além de programas de minimizar efeitos causados pelas drogas, torna-se muito mais complexo.

Já ouvi falar sobre a política de redução de danos através de outras leituras e acompanhamento online de alguns tópicos trata se de uma estratégia que visa a minimizar danos ao usuário. Ela atua na prevenção e minimização de riscos para o usuário e para a família. Assim essa política visa à efetivação das redes de atenção à saúde focalizando a resiliência da família melhorando a qualidade de vida e finalmente reduzindo danos a ela. (E15)

É uma política de saúde pública que visa à inclusão de pessoas que utilizam drogas, ou seja, substâncias de riscos. É extremamente importante para a população toda a comunidade por ser uma política inclusiva que busca autonomia dos usuários reduzir os danos. (E 11)

Já ouvi falar e achei muito interessante, porque a Política de Redução de Danos surgiu como uma estratégia de saúde pública com o objetivo de minimizar os efeitos causados pelas drogas consideradas ilícitas[...]. (E6)

A exemplo dos depoimentos mencionados, a PRD resume-se em uma estratégia criada para atenuar as consequências negativas do uso abusivo de substâncias psicoativas, e amplia-se a prática norteadora de cuidados, além de possuir uma característica peculiar, que é estimular o diálogo e a negociação sobre as ações de cuidados com os usuários.

Esse panorama elucida a necessidade de uma PRD que reflita a compreensão e o compromisso que colaborem para melhorias da sociedade atual, especificamente, a que se encontra estigmatizada, de modo a evitar traços da marginalização (GOMES; VECCHIA; 2018).

Percebe-se que as estratégias de saúde destinadas a reduzir as consequências negativas do uso de substâncias psicoativas, devem ir ao sentido contrário da “política de abstinência”. No mais, a PRD está intimamente inserida em diferentes cenários que vão desde o campo social até o campo da saúde (MORERA; PADILHA; ZEFERINO, 2015).

Em complementariedade, Muniz *et al.*, (2015) esclarecem que a PRD orienta um tratamento que segue a lógica de não exigir do usuário a abstinência como um pré-requisito obrigatório, o que não significa, todavia, que o enfoque da redução de danos contraponha-se à abstinência como um resultado ideal ao tratamento.

Desenvolver ações de redução de danos exige uma aproximação entre o profissional e o usuário, de modo a produzir uma horizontalidade, com respeito e com uma postura ética do cuidado. Em suma, são elementos necessários para que se estabeleça um processo participativo que caminhe para uma assistência resolutiva e de qualidade.

[...] ouvir suas razões, suas queixas, seus sonhos, e dificuldades. E com isso, propor junto com eles medidas que melhorem sua qualidade de vida. E lembrar que todas as estratégias precisam ser negociadas preferencialmente envolvendo a família e sua rede social. (E 17)

O discurso mencionado potencializa a ideia de que o profissional de saúde que detém o conhecimento da PRD está a oportunizar o usuário de substâncias psicoativas a uma assistência em saúde com momentos de escuta, reconhecimento e valorização dos direitos de cidadania, estimulação por alternativas de reinserção social e como consequência, construção de novas alternativas de atividades diárias com vistas a uma melhor qualidade de vida.

As práticas de redução de danos favorecem para que o ambiente se torne positivo para o estabelecimento de vínculos entre os profissionais envolvidos e os usuários do serviço. Ademais, esta aplicabilidade resulta no desenvolvimento de propostas em educação em saúde, técnicas, e medidas higiênicas, bem como, possibilita um melhor direcionamento ao acesso a cuidados de saúde especializados (TOTH *et al.*, 2016).

Os profissionais de saúde atualmente preocupam-se em melhorar a qualidade da assistência aos usuários do serviço, mesmo ainda que demonstrem insegurança quando vão desenvolver ações direcionadas a redução de danos, conforme se identifica nos discursos a seguir:

É uma estratégia em saúde para reduzir danos, penso que toda política que envolve incentivo a melhorar a saúde do ser humano é válida. Porém, esta política precisa ser mais divulgada e é necessário que haja treinamento aos profissionais da saúde para sua discussão. (E10)

Recebi orientação sobre a Política de Redução de Danos de maneira simplificada em um treinamento sobre droga adição, percebo que essa política precisa ser divulgada com maior permanência nos serviços de Saúde Pública, pois às vezes até fazemos algumas ações, mas temos receio de sabermos se isso é realmente o correto. (E 14)

Repetidamente, o estudo aponta evidências através dos relatos dos participantes da real necessidade de programas de educação permanente voltados aos profissionais de saúde que se debruçam sobre as bases teóricas da redução de danos de forma a ampliar sua capacidade de direcionar os cuidados de usuários de substâncias psicoativas.

Sobre a questão da formação dos profissionais de saúde, notavelmente se observam algumas deficiências relativas à abordagem e o tratamento do usuário de substâncias psicoativas, por ser algo que nasce desde a fragmentação do currículo acadêmico do curso de graduação, perpassa pela educação permanente e envereda por questões culturais que são enraizadas de estigmas e preconceitos trazidos por nossa sociedade.

Percebe-se, então, que programas de educação permanente voltados aos profissionais de saúde com a temática de PRD tornam-se de grande valia para se alcançar a compreensão do contexto de vida do usuário, assim como o uso de substâncias psicoativas, e indissociavelmente o estigma trazido pela sociedade. Este conjunto de necessidades é propositor para o alcance integral a pessoas que fazem uso prejudicial de drogas (SOUZA; ROZANI, 2018).

Entretanto, outros desafios surgem no processo de formação dos profissionais de saúde para atuação na temática das drogas. O profissional encontra dificuldades que varia desde a falta de comunicação entre os dispositivos das RAS, carga horária elevada e despreparo ao panorama político voltado aos usuários de drogas (COSTA *et al.*, 2015).

A propósito do método proibicionista, houve profissional que, embora compreendendo a PRD e as estratégias de atendimento ao usuário, manifestou não confiar nesta forma de tratamento, deixando evidente que não aceita oportunidades de conversa para orientação e

negociação de trocas, dando a entender que tem preferências pelo método que busca a abstinência, como se constata no discurso abaixo:

A Política de Redução de Danos é uma forma de atender aos usuários de drogas que não querem ou não conseguem deixar de usarem drogas. A política busca apenas reduzir os riscos do uso das drogas de forma a causar menos malefício. Mas acho complicado conscientizar uma pessoa viciada, seja para largar a droga, ou seja, para reduzir o uso, ou até mesmo para a orientação da troca da droga por uma que cause menos malefício à saúde. (M 12)

Possivelmente, as dificuldades encontradas pelos profissionais em executarem a PRD durante suas práticas de trabalhos, não apenas se materializam como consequência da demanda de usuários e familiares que ainda desconhecem os benefícios da redução de danos, mas também, podem ser produto da nossa própria cultura por naturalizar os preconceitos advindos do uso de drogas, e em generalizar o usuário de substâncias psicoativas como ser marginalizado de nossa sociedade.

Convém apontar que o processo de incorporação do conhecimento voltado à prática profissional é intrincado, por ultrapassar a mera transmissão da informação ou aquisição de conhecimentos técnicos. A abordagem da política sobre drogas no Brasil é bastante ambígua: primeiro busca uma perspectiva de política de saúde voltada à abordagem de redução de danos, depois impõe a política proibicionista, com seu discurso moral higienista por abordagens de isolamento em hospitais, clínicas de tratamento e outras instituições voltadas à prática da exclusão social (QUEIROZ *et al.*, 2014).

Ademais, o proibicionismo possui a característica de um modelo de atenção e prevenção à saúde que tem por base a política proibitiva que se configura como uma forma verticalizada de lidar com a problemática do uso e abuso de substâncias psicoativas, assumindo, assim, um discurso de combate às drogas que impõe a abstinência como objetivo principal do tratamento (MACHADO; BOARINI, 2013).

Acrescenta-se ainda que a dificuldade de assistência voltada à PRD está diretamente interligada com a meta estabelecida de abstinência total, com a percepção moralizante sobre o uso de substâncias psicoativas, sua associação ao crime e o foco na estigmatização do uso às drogas, fator que está bastante divulgado na mídia e no senso comum (SOUZA; RONZANI, 2018).

Dessa maneira, compartilha-se o entendimento de que em um mesmo serviço de saúde, nem sempre a atenção aos usuários de substâncias psicoativas é norteada de maneira homogênea. Logo, o princípio norteador deveria ser a PRD, mas ocorrem diferentes

concepções e conhecimentos de profissionais que ainda permanecem, em grande parte, na lógica do modelo proibicionista.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou a complexidade de se discutir sobre a Política de Redução de Danos, e isso se deve ao protagonista desta estratégia que é o usuário de droga, ao considerarmos a sua subjetividade dentro do contexto de vida em que estão inseridos.

De um lado, visualiza-se um cenário refletido de estigma, preconceito, criminalização, pobreza. Em outra vertente, a visão de um processo embasado em políticas públicas permeadas de processos de cuidados integrais à saúde e investimento pela busca da reinserção do usuário de álcool e outras drogas na comunidade.

Notadamente, verifica-se que a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor no momento em que reconhece cada usuário em suas singularidades, e articula com ele estratégias para a defesa de sua vida. E ainda permite, durante o tratamento, relações de afetividade que favorecem aos usuários a reflexão sobre relações de autonomia, autocontrole e dependência.

Com toda esta magnitude da PDR, ainda temos um enorme desafio enquanto política, nosso país ainda dispõe de poucos Estados que desenvolvem efetivamente ações voltadas à redução de danos. No tocante ao Município de Teresina, verificamos, através do estudo, que ainda existe uma parte significativa de profissionais da ESF que conhecem, mas não desenvolvem ações específicas da PRD, outros desenvolvem ações basicamente voltadas a ações de educação em saúde sobre a temática das drogas e encaminhamento ao CAPS. E ainda temos profissionais que não conhecem por nunca terem ouvido falar na política.

Dessa maneira, identifica-se a necessidade de incluir a abordagem de redução na Educação Permanente dos Profissionais de Saúde da ESF, tendo em vista que esta é a porta de entrada para o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas.

Por fim, convém reforçar a importância de se protagonizar processos de mudanças, enquanto pensar no usuário de drogas como ser estigmatizado, nunca será possível assisti-lo verdadeiramente com a essência da PRD, precisa-se entender que todos usuários são iguais, o que os tornam diferentes, é simplesmente, o cuidado que é singular e específico de cada paciente, pois vai depender da necessidade de cada um durante a assistência.

### **Limitações do estudo**

A APS, em especial, a ESF aponta possuir características fragmentadas durante a assistência aos usuários de substâncias psicoativas. Em particular, este fato ocorre em detrimento de um quantitativo considerável de profissionais da ESF não conhecerem a PRD.

Esta dificuldade foi observada durante a coleta de dados, através do relato de profissionais que se recusaram a participar da entrevista por mencionarem nunca terem ouvido falar sobre a PRD, por desconhecerem completamente. De forma, que alguns profissionais não participaram da pesquisa por tal motivo.

Como consequência ao desconhecimento desta política, surge a dificuldade de incluir uma abordagem que possa assegurar a prevenção de diversos agravos e as variadas condições de ameaça à saúde aos quais essa população se encontra exposta.

É importante mencionar que as limitações apontadas demonstram a complexidade de problemas que envolvem o cuidado aos usuários de substâncias psicoativas. Um agravante desta situação pode ser consequência da formação acadêmica e uma precariedade na educação permanente em saúde, pela pouca oferta de cursos voltados a essa temática.

### **Contribuições do estudo**

Os momentos de construção da pesquisa foram favoráveis por introduzir discussões sobre a temática de PRD nas UBS com profissionais de saúde da ESF. Muitos que não participaram da entrevista, com a justificativa de não conhecerem a política, tiveram a oportunidade de vivenciar momentos de discussões sobre o tema durante pequenas rodas de conversas, informais, que se formavam nas instalações físicas das UBS durante o período de coleta de dados.

Logo, as discussões ocupavam os corredores mobilizando médicos, enfermeiros e ACS, envolvendo em alguns cenários, a coordenação da UBS. Eram conversas informais, porém, oportunas para gerar dois disparadores importantes: O primeiro, apresentar a PRD aos profissionais que desconheciam, instigando-os a irem buscar mais informações sobre esta política. O segundo, perceber a necessidade de sensibilizar os gestores municipais e estaduais da importância de uma Política de Educação Permanente em Saúde mais efetiva, e que oportunize cursos que possam direcioná-los a uma melhor abordagem de como trabalhar na APS com vistas à redução de danos.

A pesquisa tem a pretensão de contribuir nas ações cotidianas da EFS, de modo a potencializar o cuidado aos usuários de substâncias psicoativas. Também, poderá favorecer em melhorias na capacidade resolutiva de UBS, de modo a facilitar a continuidade e integralidade da assistência ao usuário.

## REFERÊNCIAS

- ALARCON, S. Saúde Pública, Saúde Mental e a Lógica Ampliada da Redução de Danos. In: SOALHEIRO, N. **Saúde Mental para a APS**. 1. ed, p. 127-142, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.
- ALONSO, C. M. C; BEGUIN, P. D; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, 14, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102018000100502&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100502&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 29 jan. 2019.
- ARAÚJO, A. C. C; PIRES, R. R. Redução de Danos na Atenção Psicossocial: concepções e vivências de profissionais em um CAPS ad. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v.11, n.3, p. 9-21, 2018. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1982>>. Acesso em: 18 set. 2016.
- ARAÚJO, C. M; OLIVEIRA, M. C. S. L. Contribuições de Bourdieu ao tema do desenvolvimento adolescente em contexto institucional socioeducativo. Contribuições de Bourdieu ao tema do desenvolvimento adolescente em contexto institucional socioeducativo. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v, 8, n.2, 2014. Disponível em: <[https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/.../PPP%208\\_2%20Art\\_%209.doc](https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/.../PPP%208_2%20Art_%209.doc)> Acessado em: 20 jan 2019.
- ASSIS, J. T. *et al.* A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 584-596, Dec. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142013000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 Jan. 2019.
- AYRES, R *et al.*, “Enhancing Motivation within a Rapid Opioid Substitution Treatment Feasibility RCT: A Nested Qualitative Study.” **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**. v.9, ed.44, 2014. Available from <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25407020>> Access on: 20 oct. 2018.
- BABOR T.F *et al.* AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade; 2003.
- BARD N. D. *et al.* Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v, 24, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-0852-2680.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0852-2680.pdf)>. Acesso em 20 set. 2018.
- BENEVIDES, P. S.; PRESTES, T. K. A. Biopolítica e governamentalidade: uma análise da política nacional sobre drogas. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, [s.l], v.4, n.2, 2014.
- BEZERRA, Y. R. N; FEITOSA, M. Z. S. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 23, n. 3,

p. 813-822, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.00292016>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

BORYSOW, I. C.; FURTADO, J. P. Access, equity and social cohesion: evaluation of intersectorial strategies for people experiencing homelessness. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2014: p.1069-1076. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000601069](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601069)>. Acesso em: 22 ago. 2018.

BORYSOW, I. C. O Consultório na Rua e a APS à população em situação de rua. 2018. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico**. 14 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028, de 1 de julho de 2005**. Determina as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Diário Oficial da União. Brasília, 1 de julho de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2011b. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%20do%20Ministerio%20da%20Saude%20GM%20N%203088%202011%202702.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília (DF), 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de APS. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humano. **Resolução 466 /2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de APS. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível

em:<[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1029 de 20 de maio de 2014**. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas Diferentes Modalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Caminhos do Cuidado: relatório 2016. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ ICICT, 2016. Disponível em: <<http://observatorio.caminhosdocuidado.org/noticias/item/18871-relatorio-de-atividades-do-projeto-caminhos-do-cuidado-2016>>. Acesso em: 09 set. 2018.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Iramuteq: um Software gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas de Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2. Dez. 2013a. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

CAMARGO, B. V.; JUSTO A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição- LACCOS. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil, 2013b. Disponível em:<<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em 20 nov. 2017.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso)>.Access on: 09 set. 2018.

CERQUEIRA, Gustavo Luis Caribé. Qualificação Universitária em álcool e outras drogas. **Rev. Saúde.com**, v. 9, n. 4, p.316-322, 2013.

CÉZAR, M. A; OLIVEIRA, M. A. Redução de danos: uma experiência na APS. *Mental, Barbacena* , v. 11, n. 21, p. 486-500, dez. 2017 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272017000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 08 jan. 2019.

COELHO, H. V.; SOARES, C. B. Práticas na APS voltadas para o consumo prejudicial de drogas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. spe, p. 111-119, Aug. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000700111&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700111&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 set. 2018.

COSTA, P. H. A, *et al.* Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(2), 395-406, 2015. Disponível em:<<https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.20682013>>. Acesso em: 21 jan 2019.

COSTA, P. H. A. *et al.* Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 19, n. 53, p. 395-

404, 2015 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000200395&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200395&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 fev. 2019.

COLLINS S. E, *et al.* Qualitatively and quantitatively evaluating harm-reduction goal setting among chronically homeless individuals with alcohol dependence. **Addictive behaviors**. v.45, p.184-190, 2015. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4452113/>>.Access on: 22 fev. 2018.

COUTINHO, L. R. P; BARBIERI, A. R; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000200514&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200514&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Jan. 2019.

DOURADO, G. O. L. *et al.* Redução de danos no âmbito da estratégia saúde da família: análise reflexiva. **Revista Interdisciplinar**. v. 7, n. 2, p. 173-183, 2014. Disponível em: <[https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/316/pdf\\_125](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/316/pdf_125)> Acesso em: 02 abr. 2018.

ENGSTROM, E. M; TEIXEIRA, M. B. Manguinhos, Rio de Janeiro, Brazil, “Street Clinic” team: care and health promotion practice in a vulnerable territory. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1839-1848, 2016. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000601839&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601839&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 26 sept. 2018.

FERREIRA, C. P.S.; ROZENDO, C. A.; MELO, G. B. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2016000805003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016000805003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jun. 2018.

FONSÊCA, C. J. B. **Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética**. Psicologia & Saberes. v.1, ed.1, pp. 11-36, 2012.

FORTESKI, R.; FARIA, J. G. Estratégias de redução de danos: um exercício de equidade e cidadania na atenção a usuários de drogas. *Revista de Saúde Pública*, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 78-91, 2013.

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

GARUZI M, *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. 2014;35(2):144–9. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n2/144-149>>. Acesso em: 30 jan 2019.

GOMES, A. M. S.; ABRAHAO, A. L.; SILVA, A. P. A. Harm reduction in a military Institution of chemical dependent recovery. **Rev. Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 4, p. 3479-86, 2015. Available from: <<https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3>>. Access on: 01 fev. 2018.

GOMES, T. B; VECCHIA, M. D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2327-2338, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000702327&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702327&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 abr. 2018.

HARM REDUCTION INTERNATIONAL. **The global state of harm reduction 2016**. Edited by Stone K. London: Harm Reduction International; 2016. Available from: <[https://www.hri.global/files/2016/11/14/GSHR2016\\_14nov.pdf](https://www.hri.global/files/2016/11/14/GSHR2016_14nov.pdf)>. Acesso em: 17 dez. 2017.

INGLEZ-DIAS, A. *et al.* Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 147-157, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000100147&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100147&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 jan. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estatísticas por cidades e estados. 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/teresina/panorama>>. Acesso em: 24 jan 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estatísticas por cidades e estados. 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/teresina/panorama>>. Acesso em: 24 jan 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estatísticas por cidades e estados. 2011. Disponível em: <<https://portaldemapas.ibge.gov.br/portal.php#homepage>>. Acesso em: 27 dez 2018.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 251-260, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832014000200251&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000200251&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jun. 2018.

MACHADO, A. R; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702007000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 jan. 2018.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141498932013000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932013000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 dez. 2017.

MAREMMANI I, *et al.* Harm Reduction as “Continuum Care” in Alcohol Abuse Disorder. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v.12, n, 11, p.14828-14841, 2015. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4661682/>>. Access on: 22 mar. 2018.

MASON, M. Sample size and saturation in Phd studies using qualitative interviews. Forum qualitative social research, Berlin, v. 11, n. 3, p. 1-19, sep. 2010. Available from: < <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1428>. Access on: 13 abr.2017.

MATTICK R *et al.* Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v.1, 2009. Available from: < [https://www.cochrane.org/CD002207/ADDICTN\\_buprenorphine-maintenance-versus-placebo-or-methadone-maintenance-for-opioid-dependence](https://www.cochrane.org/CD002207/ADDICTN_buprenorphine-maintenance-versus-placebo-or-methadone-maintenance-for-opioid-dependence)>. Access on: 10 fev. 2018.

MENENDÉZ, E. Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud colectiva* [online], v.8, n.1, p.9-24, 2012. Disponible:< [http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v8n1/en\\_v8n1a02.pdf](http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v8n1/en_v8n1a02.pdf)>. Accedido a: 20 fev. 2018.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 jan. 2019.

MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**. v.1, n. 1, p.07-14,2015. Disponível em: < <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>>. Acesso em: 22 jan 2019.

MESSAS, G. *et al.* Por uma psicopatossociologia das experiências dos usuários de drogas nas cracklândias/cenas de uso do Brasil. In: SOUZA, J. (Org.). Crack e exclusão social. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017. Disponível em: < <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

MIRANDA, T. B. *et al.* Álcool e outras drogas na perspectiva da política de redução de danos. Rev Pretextos. v. 3, n. 5, 2018. Disponível em< <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15984>: > Acesso em: 23 jan 2019.

MORADI G, *et al.* Methadone maintenance treatment program in prisons from the perspective of medical and non-medical prison staff: a qualitative study in Iran. **International Journal of Health Policy and Management [Internet]**. v.4, n.9, p. 583-589, 2015. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4556574/>>. Access on: 20 fev. 2018.

MOREIRA, W. C. *et al.* Educação em saúde para a redução do uso abusivo de álcool na terceira idade. **Revista Interdisciplinar**. v. 9, n. 1, p. 254-259, 2016. Disponível em:< [https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/788/pdf\\_304](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/788/pdf_304)>. Acesso em: 30 set. 2018.

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**, v. 29, n. 1,

2015. Disponível

em:<<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/9046/9545>>. Acesso em: 16 sep. 2018.

MUNIZ, P. *et al.* Ampliando a rede: quando o usuário de drogas acessa a atenção psicossocial pela APS. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental** [Online], v.7, 2015. Disponível em:<<http://udg.redalyc.org/articulo.oa?id=505750948020>>. Acesso em: 22 set. 2018.

NARDI, H. C; RIGONI, R. Q. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 382-392, 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 jan. 2019

NOGUEIRA, M; PONTES, A.L. Trabalho, Saúde, e o Processo de Trabalho em Saúde: considerações sobre o agente comunitário de saúde. In: SOALHEIRO, N. **Saúde Mental para a APS**. 1. ed, p. 83-115, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

OLIVEIRA, M. P. R. *et al.* Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 547-559, 2016. Available from:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022016000400547&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400547&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 06 ago. 2018.

PASSOS, E. H; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jan. 2018.

PINHO, L. B.; SINIAK, D. S. O papel da APS no cuidado ao usuário de crack: opinião de usuários, trabalhadores e gestores do sistema. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** v.13, n.1, p. 30-36, 2017. Disponível

em:<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762017000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em: 22 fev. 2018.

QUEIROZ, I. S. *et al.* Repertórios interpretativos de profissionais da rede de saúde mental e atenção primária de Belo Horizonte sobre uso de drogas. **Saúde Debate**, v.38, p.80-93, 2014. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.5935/0103-104.20140005>> Acesso em: 03 mar. 2018.

RATLIFF E. A. *et al.* An Overview of HIV Prevention Interventions for People Who Inject Drugs in Tanzania. **Advances in Preventive Medicine** 2013, 2013, p.183-187. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1155/2013/183187>> Acesso em: 14 jan. 2019.

RESENDE, M.A. **Caminhos do Cuidado: uma análise da formação do currículo em saúde mental, crack, álcool e outras drogas para o agente comunitário de saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem**. Dissertação (Mestrado)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2017.

ROSA, E. Z. **Da rua para a cidadania: A construção de sentidos na construção da travessia.** In Ozella, S. (Org.), *Adolescências construídas: A visão da psicologia sócio-histórica*.p. 167-200). São Paulo: Cortez, 2003.

REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO): *Supporting Clients on Methadone Maintenance Treatment: Clinical Best Practice Guidelines.* Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario, 2009.

SAMET J. H, FIELLIN D.A. Opioid substitution therapy-time to replace the term. **The Lancet.** v. 385, n. 9977, p. 1508–9, 2015. Available from: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2815%2960750-4>>. Access on: 17 dez. 2017.

SANTOS, J. E; COSTA, A. C. O. Perception of users of psychoactive substances on damage reduction. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v.12, n. 2, p. 101-107, 2016. Available from: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180669762016000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762016000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Access on: 17 dez. 2017.

SEMPPLAN. Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação. *Dinâmica Populacional - Fonte: IBGE. Censos Demográficos e População Residente. Teresina, 2014.* Disponível em:<<http://semplan.teresina.pi.gov.br/wp-content/uploads/2014/09/TERESINA-POPULA%C3%87%C3%83O.pdf>>. Acessado em 15 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação. *Dinâmica Populacional - Fonte: IBGE. Mapas de Teresina.* Disponível em: < Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação. *Dinâmica Populacional - Fonte: IBGE.*>. Acesso em: 02 fev. 2019.

SCHNEIDER, J. F. *et al.* Atendimento a usuários de drogas na perspectiva dos profissionais da estratégia saúde da família. **Texto contexto – enferm** [online], vol.22, n.3, pp.654-661, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300011>>. Acessado em: 18 set. 2018.

SIMÕES, T. R. B. *et al.* Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 963-975, 2017. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010311042017000300963&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042017000300963&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 jun. 2018.

SMYE, V. *et al.* Harm reduction, methadone maintenance treatment and the root causes of health and social inequities: An intersectional lens in the Canadian context. **Harm Reduction Journal.** v. 8:17, 2011. Available from: <<https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7517-8-17>>. Access on: 09 set. 2018.

SOUZA, E.F.; RONZANI, T. M. Desafios às Práticas de Redução de Danos na Atenção Primária à Saúde. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 23, p.59-68, 2018. Disponível em: <[http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/37383/pdf\\_1](http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/37383/pdf_1)>. Acesso em: 10 out. 2018.

SOUZA, M. A. R. *et al.* O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03353, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100444&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100444&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 fev. 2019.

TEIXEIRA, M. B. *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 5, pp. 1455-1466. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>>. Acessado em: 18 jan. 2019.

TISOTT, Z. L. *et al.* Álcool e Outras Drogas e a Implantação da Política de Redução de Danos no Brasil: Revisão Narrativa. **Rev. de Atenção à Saúde**, v.13, n. 43, p. 79-89, 2015. Disponível em: <[http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/2730/pdf](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2730/pdf). > Acesso em: 02 ago. 2017.

TOTH E.C *et al.*, A cross-sectional national survey assessing self-reported drug intake behavior, contact with the primary sector and drug treatment among service users of Danish drug consumption rooms. **Harm Reduction Journal**. v 13, n 1, p.27, 2016. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27717366>>. Access on: 18 set. 2018.

WIESSING, L. *et al.* Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: a consensus study. **Harm Reduction Journal**. v. 14, n.19. 2017. Available from: <<https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12954-017-0141-6>>. Access on: 17 dez. 2017.

VELOSO, J. O. *et al.* Produção científica brasileira sobre os avanços, desafios e perspectivas da política de redução de danos: revisão integrativa. In: organizadores, ROSA, L. C. S. *et al.* **Experiências de cuidados intersetoriais aos consumidores de substâncias psicoativas no Piauí**. Teresina: EDUFPI, 2016.

ZANOTTO, D. F; ASSIS, F.B. Perfil dos usuários de crack na mídia brasileira: análise de um jornal e duas revistas de edição nacional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 27, n. 03, p. 771-792, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300020>>. Acesso em: 10 set. 2018.

## **APÊNDICES**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO**

**APÊNDICE A**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do projeto:** POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: conhecimentos, concepções e práticas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

**Pesquisador responsável:** Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes

**Co-pesquisadora:** Enfa. Nayana Santos Arêa Soares

**Instituição/ Departamento:** Universidade Federal do Piauí/ Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Enfermagem

**Telefone para contato:** (86) 99978-6120

**Local de coleta de Dados:** Unidades Básicas de Saúde – Teresina

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. O (a) senhor (a) precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida que o (a) senhor (a) tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que é apresentado em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa o (a) senhor (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Este trabalho de pesquisa está vinculado ao Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí – UFPI, cujo tema a ser desenvolvido é: “POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: conhecimentos, concepções e práticas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família”, que tem como objetivos: Caracterizar os participantes do estudo quanto aos aspectos sociodemográficos e ocupacionais; Analisar os conhecimentos, concepções e práticas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação à Política de Redução de Danos.

Sua participação nesta pesquisa consistirá primeiramente em uma entrevista semiestruturada, onde às perguntas encontram-se divididas em duas partes. A Parte I, aborda os dados sociodemográficos e ocupacionais e a Parte II engloba questões que envolvem conhecimento, concepção e práticas dos profissionais sobre a Política de Redução de Danos. Caso concorde, o (a) senhor (a) responderá a entrevista, em um local reservado, com duração média de 30 à 50 minutos.

Vale ressaltar que a investigação possui riscos mínimos para os participantes, como mobilizar sentimento, constrangimento ou desconforto de qualquer tipo, frente a temática proposta. Também, ao que se refere à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano. Neste caso, o pesquisador ficará disponível para prestar esclarecimentos, realizar escuta ativa e o compromisso ético de garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados sobre os participantes.

Quanto aos benefícios, os resultados deste estudo servirão para compreender a Política de Redução de Danos utilizada pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família e fornecer subsídios para a Gestão municipal elaborar o planejamento de ações, fornecendo uma maior reflexão sobre as práticas em saúde voltadas aos usuários.

Todas as informações que o(a) senhor (a) conceder serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas serão confidenciais e seu nome não aparecerá na divulgação dos dados e nem quando os resultados forem apresentados. A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Caso o(a) senhor(a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista. Estão garantidas todas as informações que o (a) senhor (a) queira, antes, durante e depois do estudo.

### **Consentimento da participação da pessoa como sujeito**

Ciente e de acordo com o que foi exposto,

Eu, \_\_\_\_\_,

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_, abaixo-

assinado(a), concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Declaro que obtive de forma voluntária e apropriada o consentimento livre e esclarecido para participar deste estudo.

Teresina, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do pesquisador responsável

---

Assinatura da co-pesquisadora



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO**

**APÊNDICE B**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

**TÍTULO DA PESQUISA: POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: conhecimento, concepção e prática dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família**

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Código do Participante: \_\_\_\_\_

**Parte I- Dados sociodemográficos e ocupacionais**

1- Idade: \_\_\_\_\_

2- Sexo: ( ) M ( ) F

3- Formação Profissional: \_\_\_\_\_

4- Tempo de Formação \_\_\_\_\_

5- Tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família(ESF): \_\_\_\_\_

6- Experiência em outra instituição que atue no Tratamento e Reabilitação para usuários de drogas:

( ) Sim. Qual \_\_\_\_\_

( ) Não

7- Pós-Graduação:

( ) Sim. Qual \_\_\_\_\_

( ) Não

8- Curso de Qualificação em Saúde Mental com ênfase na Política de Redução de Danos:

( ) Sim. Qual \_\_\_\_\_

( ) Não

9- Segue ou participa de alguma religião:

( ) Sim. Qual \_\_\_\_\_

( ) Não

**Parte II- Conhecimento, concepção e práticas dos profissionais sobre a Política de Redução de Danos**

1- O que você já ouviu falar sobre a Política de Redução de Danos?

---

---

---

---

---

---

---

---

2- Qual a sua concepção sobre a Política de Redução de Danos?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3- Quais as ações da Política de Redução de Danos você desenvolve no seu cotidiano de trabalho?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ANEXOS

## DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa "PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS" e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas coresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo os pesquisadores **MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES** e **NAYANA SANTOS ARÊA SOARES** acesso às Unidades Básicas de Saúde da Zona Sul para entrevistar médicos e enfermeiros.

Teresina, 27 de Julho de 2017.

*Ayla Maria Calixto de Carvalho*

Ayla Maria Calixto de Carvalho  
Comissão de Ética em Pesquisa da  
Fundação Municipal de Saúde

Ayla Maria Calixto de Carvalho  
Gerente de Ações Estratégicas  
GAEFMS



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS

**Pesquisador:** MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 79651417.8.0000.5214

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Piauí - UFPI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.404.140

#### Apresentação do Projeto:

A pesquisa intitulada? Percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família no contexto da política de redução de danos da pesquisadora Márcia Astrés Fernandes, Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, a ser desenvolvido no município de Teresina-Piauí, com o objetivo de analisar a percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no contexto da Política de Redução de Danos. Tendo em vista que a Redução de Danos aprimora-se com a definição de um conjunto estratégico de medidas de saúde pública destinadas a minimizar as consequências adversas do uso prejudicial de álcool e drogas.O estudo será realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Profissionais da Estratégia de Saúde da Família do Município de Teresina – Piauí, por ser a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, principalmente por ter a Estratégia de Saúde da Família como elo articulador para garantir a atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos.

#### Objetivo da Pesquisa:

Tem por objetivo: Analisar a percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no contexto da Política de Redução de Danos.

E por objetivos específicos:

Caracterizar os participantes do estudo quanto aos dados sociodemográficos e ocupacionais;

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.404.140

Identificar como os profissionais da Estratégia de Saúde da Família percebem os princípios norteadores, estratégias e objetivos da Política de Redução de Danos; Descrever as ações realizadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família relacionadas à Política de Redução de Danos; Discutir as possíveis influências dos aspectos sociodemográficos e ocupacionais na percepção dos profissionais de saúde em relação à Política de Redução de Danos e como isto afeta no desenvolvimento das ações.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

O estudo apresentará riscos mínimos como mobilizar sentimento, constrangimento ou desconforto de qualquer tipo, frente a temática proposta.

Também, ao que se refere à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano. Neste caso, o pesquisador ficará disponível para prestar esclarecimentos, realizar escuta ativa e o compromisso ético de garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados sobre os participantes.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, os resultados deste estudo poderão fornecer subsídios para a Gestão municipal elaborar um planejamento de ações educativas, capacitações e momentos de reflexão sobre as práticas dos profissionais da ESF voltadas aos usuários dependentes químicos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Realizada a análise documental a partir da qual foi procedida a uma apreciação ética da pesquisa, restou evidenciada a sua pertinência e valor científico.

A metodologia escolhida para o desenvolvimento da pesquisa, tendo em vista as várias correntes metodológicas existentes, encontra-se em conformidade com os fins objetivados, ao tempo em que evidencia o respeito aos preceitos éticos orientadores de uma pesquisa envolvendo seres humanos.

Na elaboração do projeto de pesquisa ora em apreço, percebe-se a atenção do pesquisador no que concerne à situação de vulnerabilidade inerente à condição de participante que, respeitado em sua

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.404.140

individualidade, tem protegidas as suas dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual.

Por fim, o pesquisador responsável é profissional experiente, como evidenciado pelo currículo anexado, sendo tal circunstância mais um instrumento de segurança conferida ao participante que estará devidamente amparado durante todo o desenvolvimento da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos foram anexados em conformidade.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto de pesquisa com parecer Aprovado e apto para início da coleta de dados.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1020137.pdf	07/11/2017 09:52:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocompleto.pdf	07/11/2017 09:47:35	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_sem_assinatura.pdf	07/11/2017 09:47:03	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	26/10/2017 18:50:51	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Outros	roteiroentrevista.pdf	26/10/2017 18:05:57	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	26/10/2017 17:55:37	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Outros	cvparticipante.pdf	26/10/2017 17:52:34	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Outros	cvpesquisadora.pdf	26/10/2017 17:48:15	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Outros	autorizafms.pdf	26/10/2017 17:46:39	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	26/10/2017	MÁRCIA ASTRÉS	Aceito

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.404.140

Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	17:38:37	FERNANDES	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	26/10/2017 17:33:07	MARCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declarapesquisadores.pdf	26/10/2017 17:30:45	MARCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	26/10/2017 17:20:54	MARCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

TERESINA, 28 de Novembro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Herbert de Sousa Barbosa**  
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550  
UF: PI Município: TERESINA  
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br