



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA – ESENFAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO



CAMILA DA PAZ SANTOS

**PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS ENTRE ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Maceió - AL
2015

CAMILA DA PAZ SANTOS

**PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS ENTRE ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Área de Concentração: Enfermagem na promoção da vida e no cuidado em saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mércia Zeviani Brêda
Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cicera dos Santos de Albuquerque

**Maceió - AL
2015**

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecária
Bibliotecário: Valter dos Santos Andrade.

S237p	Santos, Camila da Paz. Práticas de Redução de Danos entre enfermeiras da Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas / Camila da Paz Santos. – 2015. 83 f. Orientadora: Mércia Zeviani Brêda. Coorientadora: Maria Cicera dos Santos de Albuquerque. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió, 2015. Bibliografia: f. 68-73. Apêndices: f. 74-75. Anexos: f. 76-83. 1. Enfermagem. 2. Saúde mental. 3. Redução de danos. 4. Drogas - Utilização. 5. Substâncias psicoativas - Consumo. I. Título.
-------	---

CDU: 616-083

AGRADECIMENTOS

Ao meu **Deus maravilhoso**, em especial, por ter permitido a realização do sonho de cursar o mestrado em enfermagem, por ter me dado forças na árdua tarefa de equilibrar a rotina do trabalho e as atividades do mestrado e por ter concebido que pessoas fundamentais estivessem comigo neste caminhar.

Aos **meus pais, Cícero e Quitéria**, pela torcida a cada vitória e passo dado à frente, seja ele do tamanho que for.

Aos **meus irmãos, Carina, Catarina e Caio**. Bem sabemos da nossa ligação que transcende, aflora e emociona. Obrigada pelo apoio incondicional.

Ao **Diogo**, muito mais que esposo e amigo, é um anjo que o Senhor me enviou. Obrigada por nunca se cansar de “me lembrar” do potencial que possuo, especialmente nas horas de desânimo. Sou grata por sua compreensão nos momentos difíceis e estressantes, pelas orações, paciência e presença constante... Por me dar um lar!

À **amiga Polyana**, que mesmo do outro lado do país sempre está tão perto. Obrigada pelo incentivo e orações.

À **amiga Natália**, pela força, presteza e compreensão nos momentos de ausência.

À **professora Mércia**, minha orientadora querida, pela sensibilidade, inteligência e competência, que me fizeram sempre acreditar, em meio ao caos, que tudo daria certo. Mulher de sorriso cativante e abraço forte, capaz de levar o otimismo e, sobretudo, o amor para onde quer que vá. Obrigada!

À **professora Cicera**, pelo carinho, atenção, contribuições neste trabalho e preocupação com o meu bem estar.

Aos **professores Jovânia e Jefferson** pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições na qualificação desta dissertação.

A todos os **professores** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, pelas aulas ministradas e pelo conhecimento construído durante os últimos dois anos.

Aos amigos que o mestrado me deu, pelas vivências compartilhadas, momentos de intensa troca e crescimento pessoal e intelectual.

Às **enfermeiras** do Centro de Atenção Psicossocial 24 horas Álcool e outras drogas Everaldo Moreira pela abertura nas entrevistas e observações sistemáticas, as quais propiciaram informações valiosas para a construção deste trabalho.

RESUMO

Com o **objetivo** de identificar como a Redução de Danos tem sido praticada por enfermeiras que atuam na atenção psicossocial foi concebida esta pesquisa. Compreender a prática de enfermagem no espaço social em que ela se dá, ouvindo os profissionais que ali atuam, fez optar pelo recurso ao **método qualitativo e exploratório**. A produção de informações se deu por: entrevista semiestruturada, observação sistemática e notas de campo. A organização dos dados foi realizada através das categorias emergidas das falas, respeitando-se as orientações da técnica de Análise Temática de Minayo (2010). Os preceitos éticos foram respeitados de acordo com a resolução 466/12, sob aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 807.033. Para a análise e discussão das categorias temáticas utilizaram-se os referenciais expostos na Associação Brasileira de RD; as políticas sobre RD; premissas de Marlatt (1999); produções sobre RD, tais como Denis Petuco (2009) e Domiciano Siqueira (2013). Utilizaram-se, ainda, os referencias que relacionaram RD, enfermagem e atenção psicossocial, tais como kantorski (2009) e Roos (2011). Os **resultados** mostram que as enfermeiras identificam algumas práticas cotidianas como ações de RD, especialmente os grupos voltados para educação em saúde por elas conduzidos, e realizam outras práticas redutoras de danos, embora às vezes pareça não reconhecê-las com tais: a escuta, a conversa e a consulta de enfermagem. Observou-se a incipiente preparação das enfermeiras, ainda na graduação, para trabalhar em serviços de saúde mental, assim como a falta de capacitação e educação permanente. As condições de trabalho presentes no serviço pesquisado têm dificultado o pleno desenvolvimento e apropriação da prática em RD. **Conclui-se** que a formação de enfermeiros carece de desenvolver, não apenas a prática em novos dispositivos, mas estratégias que promovam a aprendizagem deste novo contexto de cuidar. É necessário que os cursos trabalhem a problemática das drogas através de investimento nas pessoas, pesquisas e cursos de extensão, além da inserção da temática nas disciplinas da graduação. Processos de educação permanente e capacitações devem privilegiar estratégias para manutenção da saúde da pessoa que faz uso prejudicial de drogas de modo a promover o seu bem estar e qualidade de vida, assim como garantir segurança aos profissionais nos cuidados prestados. As enfermeiras demonstraram disposição para o desenvolvimento de práticas sob a lógica da RD e manifestam contar com o auxílio de profissionais qualificados, com um programa de capacitação adequado, planejamento das ações e suporte governamental. Foi possível entender que a RD possibilita a construção de um saber coletivo e de uma prática mais rica de possibilidades, além disso, ajuda a ampliar o olhar da atenção ao grupo familiar e ao contexto social tecendo resultados mais positivos do que aquele que reduz o sujeito a sua doença ou a substância que porventura utilize. Espera-se que este estudo possa contribuir para o enriquecimento da abordagem do tema e seja um ponto de partida para novos estudos.

Palavras-chave: Redução de danos. Enfermagem. Saúde mental. Uso indevido de drogas. Transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas.

ABSTRACT

In order to identify how harm reduction has been practiced by nurses who work in psychosocial care is designed this research. Understanding nursing practice in the social space in which it takes place, listening to the professionals who work there, did opt for the use of qualitative and exploratory method. The production of information was given by: semi-structured interview, systematic observation and field notes. The organization of data was performed through the categories that emerged from talks, respecting the technical guidelines of thematic analysis of Minayo (2010). The ethical principles were respected in accordance with the Resolution 466/12, under the approval of the Research Ethics Committee, under the number 807 033. For the analysis and discussion of the themes we used the benchmarks set out in the Brazilian Association of RD; policies on RD; assumptions Marlatt (1999); productions on RD, such as Denis Petuco (2009) and Domiciano Siqueira (2013). We used also the references that related RD, nursing and psychosocial care, such as Kantorski (2009) and Roos (2011). The results show that nurses identify some everyday practices as RD actions, especially those aimed at groups for health education for them led, and perform other practices reducing damage, although sometimes does not seem to recognize them with such: listening, conversation and the nursing consultation. There was the incipient preparation of nurses, yet graduation, to work in mental health services and the lack of training and continuing education. Working conditions present in the researched service have hampered the full development and ownership in practice RD. It is concluded that the formation of nurses needs to develop not only the important practice in new devices, but strategies that promote learning this new context of care. It is necessary that the courses work better the problem of drugs through investment in people, research and extension courses, beyond the issue of inclusion in the undergraduate disciplines. Permanent education processes and training should focus on strategies for maintaining the health of the person making harmful use of drugs in order to promote their well-being and quality of life, as well as ensure security professionals in the care provided. Nurses demonstrated willingness to develop practices in the DR logic and manifest count on the help of qualified professionals, with a suitable training program, action planning and government support. It could be understood that the RD allows the construction of a collective knowledge and a richer practice opportunities also helps to broaden perspectives of attention to the family unit and the social context weaving more positive results than one that reduces the subject your illness or substance that may use. It is expected that this study will contribute to the enrichment of approach to the subject and is a starting point for further studies.

Keywords: Harm Reduction. Nursing. Mental health. Drug abuse. Disorders related to substance use.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD III: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CRAS: Centro de Referência em Assistência Social

CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CR: Centros de Referência

EPI'S: Equipamentos de proteção individual

DST: Doença Sexualmente Transmissível

ESF: Estratégia Saúde da Família

PRDs: Programas de Redução de Danos

PTSS: Programa de Troca de Seringas

RD: Redução de Danos

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1	Redução de danos: breve histórico, conceitos e práticas.....	14
2.2	A enfermagem e a redução de danos na atenção psicossocial: a busca de encontros possíveis.....	23
3	O CAMINHO DA PESQUISA.....	28
3.1	Tipo de pesquisa.....	28
3.2	Contexto social.....	28
3.3	Participantes da pesquisa.....	33
3.4	Produção de informações.....	35
3.5	Aspectos éticos.....	37
3.6	Análise dos dados.....	38
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
4.1	Práticas de enfermagem consideradas pelas enfermeiras como Redutoras de Danos	39
4.2	(Des) conhecimento sobre a Redução de Danos por enfermeiras do CAPS AD.....	51
4.3	As condições de trabalho para adoção da estratégia de Redução de Danos no CAPS AD.....	58
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
	REFERÊNCIAS.....	68
	APÊNDICES	
	Apêndice A – Roteiro de Entrevista.....	74
	Apêndice B – Roteiro de Observação Sistemática.....	75
	ANEXOS	
	Anexo A – Portaria Nº 1.028, de 1º de julho de 2005.....	76
	Anexo B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	80
	Anexo C – Carta de Anuência Secretaria de Saúde.....	83

1 INTRODUÇÃO

O setor saúde tem se alinhado ao discurso emergente da abordagem de Redução de Danos (RD) e, em conformidade com o processo de reforma psiquiátrica, preconiza um modelo de atenção à saúde do usuário de substâncias psicoativas de base comunitária (ALVES, 2009). Esse modelo, contudo, se acha centrado nas necessidades de saúde, inclusive naquela formulada em termos do desejo de não deixar de fazer uso de drogas. Dessa forma, respeitado o direito individual como escolha da pessoa capaz, cerne do direito civil, apresenta o serviço de saúde, mediante equipe ética e tecnicamente qualificada, um elenco de alternativas, focado na perspectiva do empoderamento e da cidadania de cada pessoa, conforme os seus recursos pessoais, familiares e comunitários (VASCONCELOS, 2000).

A RD foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil no município de Santos-SP no ano de 1989, quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis (SIQUEIRA, 2013). Proposta inicialmente como uma estratégia de prevenção ao HIV entre pessoas que faziam uso de drogas injetáveis – Programa de Troca de Seringas (PTSS) – a Redução de Danos foi ao longo dos anos se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população de pessoas que fazem uso prejudicial de drogas (PASSOS; SOUZA, 2011).

A diversificação das ofertas em saúde sofreu significativo impulso quando, a partir de 2003, as ações de RD deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS e se tornam norteadoras da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da Política de Saúde Mental (PASSOS; SOUZA, 2011).

Os serviços de saúde estão entre os setores da sociedade diretamente ligados a problemática das drogas, uma vez que as pessoas que fazem uso

prejudicial destas frequentemente apresentam prejuízos, sejam físicos ou psicológicos que acabam por levá-lo à procura de assistência. A assistência, no entanto, é bastante diferenciada. Por ter características intrínsecas e polissêmicas, exige um contato direto não apenas com a pessoa, mas com familiares e a comunidade. Além disso, é necessário um embasamento teórico que transite por vários campos do saber, para que a abordagem a essa questão não se dê de forma tangencial ou focal, desconsiderando os diversos aspectos que o tema encerra (SPRICIGO et al, 2004).

Nos serviços de saúde em que esta ajuda é buscada os enfermeiros são profissionais que mantêm significativo contato com as pessoas e, por isso, têm grande potencial para reconhecer os problemas relacionados ao uso de drogas e desenvolver ações assistenciais (KANTORSKI et al, 2008).

Ramos et al (2005) ressaltam que preparo e treinamento dos enfermeiros são necessários para que sejam capazes de realizar levantamento adequado da história de uso de substâncias psicoativas das pessoas que assistem, de implementar intervenções e estratégias de educação em saúde, avaliar o uso abusivo ou prejudicial de drogas e prover cuidados de saúde e suporte para a reabilitação e prevenção à recaída.

Como todo trabalho a ser desenvolvido, a assistência às pessoas com problemas relacionados ao uso prejudicial de drogas traz alguns desafios para os profissionais que irão realizá-la. Alguns fatores dificultam essa assistência e outros podem até impedir que se estabeleça uma relação de ajuda entre o profissional e a pessoa. Dentre eles estão os mitos, os estereótipos e o preconceito dos profissionais em atender essa clientela. A forma como uma parcela dos profissionais a percebe não difere muito do senso comum, no qual estas pessoas são designadas por uma série de expressões pejorativas, tais como: drogada, vagabunda e ladra (ROSA; TAVARES, 2008).

Aguiar (2008) estudou a atuação do enfermeiro neste campo e constatou o despreparo, medo, insegurança ou insatisfação desses profissionais em realizar tal trabalho. Poucos são os que receberam treinamento para lidar com a pessoa que usa drogas. Por falta de uma política adequada e de impacto,

acabam por atuar junto a essas pessoas de forma arbitrária, embora com solidariedade, não seguindo parâmetros técnico-científicos, o que resulta assistência, às vezes, prestada de maneira empírica e intuitiva (GONÇALVES, 2006).

É, portanto, favorável para a profissão visitação de conhecimentos que podem ser desenvolvidos a partir da análise cuidadosa da prática de enfermagem nos contextos de cuidados às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas. A ampliação do objeto de intervenção proposto pela Reforma Psiquiátrica faz com que a prática de enfermagem nessa área ganhe contornos e algumas modificações nas práticas terapêuticas, novas modalidades de cuidado, além do mais, a finalidade do trabalho não admite mais a noção de “cura”, mas de reabilitação, reinserção social e, portanto, os instrumentos para esse fim não podem continuar sendo os meios coercitivos ou proibicionistas, mas outros que proporcionem a escuta e a valorização do sujeito-cidadão que sofre.

No tocante a atuação do enfermeiro na atenção psicossocial e especificamente a dirigida às pessoas que usam drogas, tem sido solicitada a utilização de práticas com capacidade de trabalhar com a complexa realidade envolvida na questão do uso de drogas, através de estratégias de intervenção que visem a reabilitação psicossocial.

É característica dos enfermeiros a capacidade de planejamento de cuidados, realização de atividades de prevenção de doenças e promoção à saúde das pessoas, visando não apenas a recuperação, mas também a reinserção em seu contexto social. Especificamente na assistência as pessoas que usam drogas de forma prejudicial, o poder de observação do enfermeiro permite a esse profissional a identificação dos problemas, e a partir daí lhe é possível desenvolver um plano de assistência e realizar intervenções tais como educação, aconselhamento e atendimentos individualizados e personalizados. (ROSA; TAVARES, 2008).

Nesta conjuntura de atenção em saúde, a RD vem sendo apontada como estratégia de intervenção em que a singularidade e o direito da pessoa são preservados e tem estado presente nos discursos e falas de enfermeiros que atuam nos serviços de saúde mental, indicando forte tendência de

incorporação desta estratégia na sua prática cotidiana junto a pessoas que usam drogas.

No estudo de Oliveira et al (2009) de acordo com os entrevistados, ficou evidenciado que o enfermeiro estabelece o primeiro contato com a pessoa que faz uso prejudicial de drogas. Este contato constitui-se como fundamental, uma vez que significa o momento de construção de vínculos de confiança com o profissional e com o serviço, de modo a possibilitar acolhimento, escuta comprometida e relações interpessoais entre profissional, pessoa e familiares.

Convém ressaltar que antes de tudo o enfermeiro é um ser de relações, ser social de direitos e desejos. Um ser que na relação com outros experimenta sentimentos diversos, confia, busca apoio. Parece ser possível afirmar que “são nos contatos onde acontecem trocas que se criam possibilidades para a reconstrução da pessoa como sujeito ativo - pode falar, circular, participar, fazer escolhas” (AGUIAR, 1995).

Diante do exposto é possível considerar que há uma lacuna de conhecimento produzido no campo da Enfermagem, pois não se pode delinear ainda como a estratégia de RD está sendo incorporada por enfermeiros que atuam nos contextos em que pessoas que fazem uso prejudicial de drogas são atendidas. Assim, esta pesquisa busca responder a seguinte Pergunta Norteadora: *Como a Redução de Danos tem sido praticada por enfermeiros da Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas?*

Para responder tal pergunta esta pesquisa estabeleceu como objetivo, identificar como a Redução de Danos tem sido praticada por enfermeiras da Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

2.1 Redução de Danos: breve histórico, conceitos e práticas.

As origens da Redução de Danos (RD) podem ser localizadas na Inglaterra através do Comitê de Rolleston instaurado no ano de 1926, o qual refere que com as medidas tomadas o uso de drogas já não era considerado como um mal em si já que se tratava de reduzir as consequências negativas do uso (MALLART, 1999).

Foi apenas a partir da década de 80, com a descoberta e proliferação da AIDS e a consciência da sua inevitabilidade e dimensão que se estruturaram respostas sociais mais flexíveis em relação ao consumo de drogas e se desenvolveram as estratégias de RD voltadas para o uso de droga injetável. Em função da implantação de vários programas e práticas e das inovações de resultados obtidos, principalmente no campo da AIDS, a RD veio a se tornar uma importante estratégia de saúde pública disseminada por vários países da Europa, América do Norte e do Sul e Oceania (SANTOS, 2008).

A história da RD no Brasil possui muitas ondulações difíceis de serem abordadas em sua totalidade. Historicamente em nossa sociedade, o cuidado em álcool e outras drogas tem se apresentado fortemente dirigido à abstinência e a internação, embora outros modos de atenção venham sendo desenvolvidos, principalmente no SUS. É no contexto da reabertura política, da Constituição Federal de 1988 e no cenário das lutas pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica que acontece a inserção da RD no Brasil (CRUZ, 2000).

A Reforma Psiquiátrica foi e ainda vem sendo uma desconstrução crítica do modelo manicomial operante, repleto de rupturas conceituais e invenção de novas propostas de cuidado, sendo a RD um destes projetos de micropolítica de transformação, pois instiga e desafia a uma articulação entre as propostas da reforma psiquiátrica com a responsabilização entre equipes e usuários (RIGONI, 2006).

No Brasil os primeiros casos conhecidos de HIV datam da década de 1980, e então se descobre essa ligação da doença com o uso de drogas injetáveis. Mais tarde descobriu-se que as hepatites também podiam ser transmitidas das mesmas formas, e que também precisavam de uma intervenção. O Ministério da Saúde em 1990 assumiu o compromisso de intervir nessa situação, a primeira intervenção aconteceu na cidade de Santos, em 1989, eles implantaram um programa de troca de seringas para combater a transmissão do vírus HIV (PETUCO, 2009).

Houve um confronto do Ministério Público, da Justiça e da Opinião Pública, contra esse tipo de intervenção, alegando que essa medida estimularia o consumo de drogas. Entre 1989 e 1992, houve várias discussões no Brasil sobre o tema, essas discussões substituíram, por um bom tempo, a Intervenção. E foi proibido fazer trocas de seringas enquanto não se resolvia. Em 1990 o centro de referência e tratamento de AIDS em São Paulo também foi proibido de fazer a troca. Os jornais publicaram que o Ministério Público avisou que prenderia qualquer médico que insistisse em distribuir seringas, já em 1992 o Ministério da Saúde assumiu esse compromisso e financiou cerca de 10 programas de troca de seringas no país (SIQUEIRA, 2013).

A partir de 1996, outras cidades entraram no círculo, dentre elas: Porto Alegre, Rio de Janeiro, Campo Grande, Itajaí. E desde o início, uma certeza:

a criminalização das pessoas que usam drogas tornadas ilícitas tornava muito difícil sua chegada aos serviços de saúde, mesmo de caráter comunitário, como Unidades Básicas de Saúde e Programas Saúde da Família. Fazia-se necessário o surgimento de um novo trabalhador de saúde, e de novas aberturas criativas, inovadoras (e eventualmente transgressoras), diante da carência de dispositivos de promoção de saúde para as pessoas que usam drogas (PETUCO, 2009).

Como conceito, “a Redução de Danos é uma tentativa de minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos” (ACSELRAD, 2000). O Manual De Redução de Danos (2001) refere que é uma estratégia pragmática, própria do campo da saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo consumo de

drogas lícitas ou ilícitas. Aplica-se as pessoas que, não podendo ou não querendo se abster, adotam comportamentos de risco ligados ao uso de drogas, como por exemplo, o compartilhamento de seringas ou agulhas para o uso injetável, ou de canudos e cachimbos para o consumo do crack, práticas sexuais de risco para DST/Aids e hepatites, condução de veículos em estado de intoxicação ou embriaguez, injeção de silicone líquido, anabolizantes, dentre outros.

Marlatt (1999. p. 22), depois de uma temporada na Holanda, para entender a política de RD, instaurada naquele país, afirma:

[...] A Redução de Danos é muito mais que apenas uma alternativa à abstinência no tratamento da dependência química e na prevenção do HIV/AIDS. A redução de danos trata do manejo seguro de ampla gama de comportamentos de alto risco e dos danos associados a ele. O importante não é se determinado comportamento é bom ou ruim, certo ou errado; na redução de danos a ênfase é se o comportamento é seguro ou inseguro, favorável ou desfavorável. A redução de danos centra-se no que funciona (pragmatismo) e no que ajuda (empatia e solidariedade).

De acordo com a Lei 8.080, no art. 7º, incisos III e IV, as ações e serviços públicos e privados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) obedecem aos princípios e diretrizes que coadunam como a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”. Nesse sentido, a RD, enquanto diretriz de trabalho do SUS, consolida o exercício dos seus princípios como: universalidade, equidade e controle social (BRASIL, 2003).

Em 2004, a RD passa a ser vista como um paradigma na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, lançada pelo Ministério da Saúde. O foco desta política não se assenta exclusivamente sobre os Serviços Especializados em DSTs/Aids e Programas de Redução de Danos (PRDs) com ações de trocas de seringas visando a diminuição da contaminação pelo HIV/Aids, mas sim na constituição de ações em RD que transversalizem os serviços da rede assistencial do SUS, em especial os serviços de saúde mental e os serviços de atenção básica (CONTE, 2004).

Nesse sentido, a Portaria Nº 1.028/GM de 1º de julho de 2005 regula as intervenções de saúde dirigidas as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas e considera que estas devem ser ampliadas e estar baseadas na melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2005). Além disso, em seu Art. 2º, define que a redução de danos (sociais e à saúde) desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a pessoas que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo.

Desta maneira, a RD constitui-se nacionalmente como estratégia de Saúde Pública, descendente de uma concepção pragmática, de intervenção em território que articula controle social e trabalhadores da saúde, contribuindo com a noção de integralidade do cuidado, fortalecendo o acolhimento nos serviços de saúde e a promoção de sujeitos protagonistas do seu processo de cuidado, como contraponto à idealização de planos terapêuticos pautados na lógica da abstinência (CRUZ, 2000).

Segundo Marlatt (1999. p. 46), a política de RD se contrapõe ao tradicional modelo moral/criminal/doentio de uso e abuso de drogas, na medida em que rompe com as acepções biológicas para dependência e assume que mais do que abstinência a todo custo (muitas vezes, muito caro aos usuários), é necessário enfatizar [...] “nos programas de tratamento e de prevenção que procuram remediar o desejo ou a demanda por drogas por parte do indivíduo – uma abordagem de redução da demanda.

Outro ponto importante na política RD [...] “é que ela reconhece abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduza os danos”. (MARLATT, 1999. p. 46), levando em conta o fato de que qualquer passo em direção oposta ao uso e abuso de drogas é um passo na direção correta.

A abordagem de redução gradual estimula as pessoas com comportamento excessivo ou de alto risco a “dar um passo de cada vez” para reduzir as consequências prejudiciais de seu comportamento. Abstinência,

como meta final, reduz muito ou elimina totalmente o risco de danos associados ao uso excessivo de drogas ou a partir de sexo inseguro. Nesse sentido, a abstinência é incluída como um ponto final ao longo de um *continuum*, que varia de consequências excessivamente prejudiciais a consequências menos prejudiciais (MARLATT, 1999. p. 47).

Dessa forma, a Redução de Danos pode ser definida como:

[...] uma abordagem empática porque não denigre as pessoas que se envolvem em comportamento sexual ou de consumo de drogas de alto risco. Em vez de usar termos pejorativos para rotular tais pessoas, a redução de danos desvia a atenção para o comportamento do indivíduo e para suas consequências. Por exemplo, deixa-se de falar de “abuso de drogas” para chamá-lo de “consumidor” que sofre consequências nocivas ou favoráveis. A palavra “consumidor” parece particularmente adequada, pois as pessoas consomem tanto substâncias quanto serviços; os usuários de drogas também representam um grupo econômico de consumidores significativos (se consideramos os altos custos de compra tanto de substâncias lícitas quanto ilícitas, do tabaco à heroína) (MARLATT, 1999. p. 52).

As ações de RD contribuíram para clarear a visão sobre o complexo problema social das drogas, flexibilizando métodos para facilitar o acesso, universalizando o atendimento e produzindo lugares de cidadania. A natureza de seus propósitos chegou a ser identificada apenas como uma prática de trocas de seringas. Entretanto, progressivamente, passou a ser vista pela essência de seus princípios: respeito à pessoa que faz uso prejudicial de drogas pelo direito aos seus produtos de consumo e as suas práticas (CONTE, 2004).

Deste modo, hoje, o que melhor caracteriza o conceito de RD é a flexibilidade no contrato com a pessoa que usa droga de forma prejudicial. Significa estabelecer vínculo, facilitar o acesso às informações e orientações, estimular a ida ao serviço de saúde, utilizando propostas diversificadas e construídas com cada pessoa e sua rede social. Para tanto, consideram-se o desejo e a demanda do sujeito, assim como as possibilidades para compor um acompanhamento com combinações em comum acordo, chamado de plano terapêutico (ROOS, 2011).

A partir dessa flexibilidade, abrem-se possibilidades de investimento para além da rigidez. A exigência utópica por uma sociedade livre de drogas coloca a abstinência como imperativo e situa as drogas e as pessoas que as utiliza como “agentes do mal”, desresponsabilizando-as tanto com relação às suas escolhas quanto às diferentes instâncias da sociedade. A RD permite uma mobilidade, servindo de referência e ponte entre a pessoa e o laço social do qual parece apartado (RIGONI et al, 2006).

Criam-se as condições de trabalho favoráveis ao acolhimento dessas pessoas, construindo com elas esquemas de proteção e de autocuidado, fundamentais para o exercício da cidadania. As ações de RD abrem possibilidades de diálogo com diferentes instâncias. Permitem dialogar com os profissionais de diferentes áreas, permeando-as, problematizando alguns imperativos construídos a partir de uma visão moralista e repressiva da realidade. Na RD, são contempladas a liberdade de escolha e a responsabilidade pessoal (CRUZ, 2000).

Segundo Marlatt (1999), os princípios da RD podem ser aplicados em três níveis: na redução de comportamentos prejudiciais, na modificação do ambiente para aumento de segurança e diminuição de riscos e na mudança de políticas, leis e regulamentações de forma a reduzir danos tanto para o indivíduo quanto sociedade.

As ações de RD trouxeram contribuições significativas para a revisão das leis em vigor e proporcionaram o compartilhamento de saberes técnicos e populares, criando condições para a construção de estratégias que se mostraram eficazes na abordagem dos problemas de saúde dos consumidores de drogas (CONTE, 2004).

Para ampliar as possibilidades de atenção e acolhimento, faz-se necessário considerar a articulação que ocorre em um contexto para determinada pessoa e o encontro com as substâncias. A lógica repressiva coloca o acento na droga, resultando em baixa resolutividade e significativos danos. Para seguir apostando nas pessoas, faz-se necessário escutá-las e

aceitar o consumo de drogas independentemente dos aspectos legais que isso envolve (ROOS, 2011).

Trabalhar com saúde pública, inclui-se aqui atenção psicossocial, e junto a pessoas que usam/consomem drogas significa compreender que nem sempre o consumo leva à dependência e que há diferentes riscos associados ao uso de drogas (BASTOS 2003). É necessário considerar as diferentes concepções e formas de agir em saúde. Esta ação permite um trabalho em saúde de forma integral, equânime e justa. Isto se torna viável por meio de um paradigma que não centra sua atenção na doença, mas, sim, no estabelecimento de uma relação com pessoas que pensam, opinam, sofrem e que têm direito ao exercício pleno de cidadania (RIGONI, 2006).

No Brasil, a Política Nacional do Ministério da Saúde (MS) para o problema do álcool e outras drogas, considera o tema transversal, com implicações sociais, psicológicas, econômicas ou políticas, não somente sobre a ótica psiquiátrica ou médica. Para o Ministério da Saúde, o fato do uso de álcool e outras drogas estar associado à criminalidade e práticas antissociais, leva a políticas de caráter fechado, total, cujo objetivo passa a ser única e exclusivamente a abstinência; o MS se posiciona claramente contrário a esta perspectiva pois não concorda com tal política.

A percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas promove a disseminação de uma cultura de combate às substâncias que são inertes por natureza, fazendo que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante. Isso, por vezes é confirmado pela multiplicidade de proposta e abordagens preventivas, terapêuticas, consideravelmente ineficazes, por vezes, reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência (BRASIL, 2006, p. 7).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), é necessário que a política de prevenção, tratamento e de educação para o consumo de álcool e outras drogas seja construída com base na intersetorialidade, já que considera o consumo dessas substâncias como um grave problema de saúde pública.

Pensando dessa maneira, a abstinência passa a não ser o único objetivo possível e viável aos usuários (BRASIL, 2006).

Ainda, segundo o MS, o problema da dependência de drogas é complexo, heterogêneo, multifacetado, multicausal, podendo afetar diretamente as políticas preventivas e o nível de adesão ao tratamento, dificultando, muitas vezes, a inserção social e familiar do usuário. Assim, para este órgão: “Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva deve ter em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes e, que, portanto, o retardo do consumo de drogas, a redução dos danos associada ao consumo e à superação do consumo são elementos fundamentais para sua construção” (BRASIL, 2006).

É pensando sobre essa ótica que se insere a RD dentro da Política Nacional do Ministério da Saúde. A visão passa a ser a de transversalização, na qual não há mais somente a lógica binarista/dicotômica saúde coletiva versus âmbito clínico de intervenção, mas uma [...] “outra maneira de pensar e fazer que experimente as diferentes contribuições, fazendo-as interpelações umas das outras” (BRASIL, 2006. p.8)

Para o Ministério da Saúde:

Comprometer-se com a formulação, execução e avaliação de uma política de atenção ao usuário de álcool e outras drogas exige exatamente a ruptura de uma lógica que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento (e, portanto, de “tratamento”) baseia-se na associação drogas/comportamento antissocial (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas). Em ambos os casos a um único objetivo a ser alcançado: a abstinência (BRASIL, 2006. p. 10).

Assim sendo, as ações de RD em conformidade com o Manual de Redução de Danos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) constituem um conjunto de medidas no campo da saúde pública voltadas para minimizar as consequências adversas ao uso de drogas. O princípio fundamental que as orienta é o respeito à liberdade de escolha, à medida que os estudos e pesquisas realizados apontam que algumas pessoas não conseguem e não querem parar de usar drogas, mas essas precisam ter os riscos minimizados

para a infecção pelo HIV e hepatites, além das questões de violência, acidentes e outras doenças. Abaixo são listadas algumas destas ações, dentre as quais:

Promover acesso à informação; incentivar a liberdade de pensamento e expressão; integrar o trabalho entre serviços; estimular ao exercício de uma reflexão baseada no conhecimento de si e dos danos decorrentes do uso/abuso de drogas; integrar, além da prevenção às DST/AIDS, outros programas e estratégias. (BRASIL, 2001, p. 8).

Somado a isso, a Portaria Nº 1.028/GM de 1º de julho de 2005, que regula ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, traz um elenco de ações e estratégias de RD (Anexo A). Dentre elas, chama-se a atenção para: informações sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência; desestímulo ao compartilhamento de instrumentos utilizados para consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência; orientação sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda (“overdose”); prevenção das infecções pelo HIV, hepatites, endocardites e outras patologias de padrão de transmissão similar; orientação para prática do sexo seguro; divulgação dos serviços públicos e de interesse público, nas áreas de assistência social e de saúde; e divulgação dos princípios e garantias fundamentais assegurados na Constituição Federal e nas declarações universais de direitos.

Portanto, tais ações e estratégias abrangem tanto o campo das construções cognitivas quanto das experiências intensivas resultantes do estar junto e da composição de coletivos de aprendizagem. Saúde, em seu sentido mais abrangente, não é a expressão das condições de vida e trabalho, expressando as determinações das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde, mas é também a capacidade de lutar por qualidade de vida e mobilizar energias para reinventar a vida – o social – políticas sociais (ARMANI, 2001).

Essa nova forma de encarar e entender o fenômeno do uso/abuso de substâncias psicoativas vem se constituindo como uma ampliação de um conceito de saúde integral herdada da Constituição de 1988, que adota a visão de ser humano como um ser biopsicossocial.

Assim, a RD inserida na política pública do MS para atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas trabalha numa vertente interventiva já que:

[...] quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência devem levar em conta essa diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que

pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. (BRASIL, 2006. p. 10).

E é justamente o que oferece a política de RD: a possibilidade de tratar as singularidades e defender a equidade para condições sociais desiguais, não objetivando apenas a abstinência da droga, mas, acima de tudo, a defesa de uma vida digna de ser vivida. É um caminho, se não para a abstinência e também para ela, pelo menos para a redução de comportamentos de risco, aumentando o grau de liberdade e de corresponsabilidade do usuário como maior adesão ao tratamento.

É uma estratégia [...] que, enquanto tal, e para ter a eficácia que pretende, solicita interações, promoção do aumento de superfície de contato, criação de pontos de referência, acesso, acolhimento, descrição da clientela e qualificação da demanda, que seja capaz de multiplicar as possibilidades de enfrentamento dos riscos advindos do uso prejudicial de drogas (BRASIL, 2006. p. 11). Neste sentido,

[...] A abordagem afirma-se como clínico-política, pois, a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, [...] (BRASIL, 2006. p. 11).

E é no campo da atenção psicossocial que esta lógica, abordagem ou estratégia¹ pode se encontrar com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira. É neste campo, que o enfermeiro, tem a chance de afirmar e reafirmar seu posicionamento em favor de uma política pública que reconhece a saúde como direito, como um bem coletivo e, ao mesmo tempo, singular.

¹ Neste estudo todas as denominações são tomadas como sinônimos uma vez que o interesse é investigar as práticas, estratégias e ações desenvolvidas por enfermeiras na atenção psicossocial.

2.2 A enfermagem e a Redução de Danos na atenção psicossocial: a busca de encontros possíveis

A atenção psicossocial tem se constituído como um campo rico de possibilidades para o trabalho em Enfermagem, em que antigos paradigmas são superados e novos paradigmas construídos. Este espaço especial tem solicitado dos enfermeiros uma revisão de saberes e práticas até então adotadas e a abertura de portas, concretas e simbólicas, para trilhar caminhos inusitados.

Pois, a transformação dos modos de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico e/ou em uso prejudicial de drogas, requer que o enfermeiro realize tarefas específicas e especializadas, mas, sobretudo, movimentos de diálogo, questionamentos, problematizações e análise aprofundada das práticas cotidianas (KANTORSKI, et al, 2004).

Neste campo especializado de atenção psicossocial e sob uma lógica de Redução de Danos (RD), o cuidado de enfermagem deve partir da premissa de que algumas pessoas irão continuar a consumir drogas por muito tempo e que ainda assim pode reduzir sofrimentos e riscos pessoais e sociais que envolvem o uso de drogas (PINHO, 2009).

Por conseguinte, solicita o estabelecimento de uma relação de abertura, confiança, compreensão e demonstração de atenção e de solicitude para ajudar a promover, manter ou restabelecer o bem-estar e qualidade de vida da pessoa que é alvo dos cuidados. O enfermeiro negocia a substituição de comportamentos de risco para si e para sociedade, a fim de que as consequências negativas do uso prejudicial das drogas sejam diminuídas. Parte do pressuposto que os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar a pessoa a reconhecer e aproveitar as suas capacidades, independentemente do seu estado de saúde. Isso implica envolver o sujeito através da confiança mútua, visando à promoção da saúde. A promoção da saúde implica que as iniciativas neste contexto do cuidar contribuam para o

bem-estar e a qualidade de vida da pessoa que faz uso prejudicial de drogas (CARVALHO, 2010).

Qualidade de vida que engloba domínios relacionados com o bem-estar sejam satisfação com a vida, bem-estar físico, velhice bem-sucedida, relações interpessoais positivas, dentre outros. Envolve fatores objetivos, tais como: a funcionalidade ou o status social, externos à pessoa e fatores subjetivos, relacionados com sentimentos e vivências, existindo sempre uma inter-relação entre estes fatores (SANTOS et al, 2009).

As ações estratégicas da RD, principalmente no contexto em que esta pesquisa foi realizada, têm por finalidade investir nos fatores objetivos e subjetivos da população atendida, já que, em sua maioria, integra grupos sociais em vulnerabilidade, dentre os quais: profissionais do sexo, usuários de drogas, transexuais, travestis, michês, moradores de rua, dentre outros. Para tanto, algumas ações e cuidados são indispensáveis, tais como: a distribuição de seringas esterilizadas e descartáveis para minimizar índices de contaminação pelo vírus do HIV e hepatite; a substituição de uma droga por outra menos prejudicial (a heroína por metadona, por exemplo), a distribuição de preservativos e prevenção das doenças transmissíveis; o incentivo ao protagonismo e; a defesa da organização destas pessoas para garantir direitos, como o acesso a todos os serviços de saúde e outros direitos baseados nas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente o princípio de universalidade – saúde é um direito para todos (BRASIL, 2003).

Neste sentido, a prática de RD a ser realizada por enfermeiros, traria uma nova perspectiva de atuação, ou seja, um mundo aberto, cuja atividade produz a novidade, que contrapõe o estável padronizado e normatizado. A RD ao ser definida como um conjunto de medidas que tem a finalidade de minimizar os danos decorrentes do uso/abuso de drogas, sem que haja, necessariamente, uma diminuição do consumo; incorpora o princípio fundamental o respeito à “liberdade de escolha”, já que nem todos conseguem ou desejam abster-se do uso de drogas, mas podem desenvolver cuidados na direção de uma “saúde possível” (BRASIL, 2001).

Dentro deste contexto, a prática de enfermagem tem o compromisso de auxiliar as pessoas a exercer um papel ativo em seu tratamento e nas políticas públicas a ele referentes, bem como, não assumir posturas que concordem com a dominação dos que, em situação de vulnerabilidade, se submetem a todo tipo de imposição ou norma mesmo que seja sob a prerrogativa de realizar cuidado (ALVAREZ, 2012).

Na assistência, na investigação, na gestão, na docência ou associações, o enfermeiro terá a oportunidade de despertar potências e promover a criação de territórios habitáveis. Seguramente não é tarefa fácil. Despir-se daquilo que, por muito tempo, acostumamos chamar de “verdade” (modelo biomédico) exige muito mais de nós. Pois, no contexto da Reforma Psiquiátrica, é preciso investir não somente em serviços diferenciados, mas, sobretudo em pessoas - em pessoas que sofrem, em profissionais desejosos de se realizar e dispostos a fazer diferente.

Para tanto, há uma tendência deste profissional em se colocar aberto e flexível aos questionamentos para a “problematização de suas realidades e a avaliação do impacto das suas ações, suas condições de trabalho, ouvindo diferentes opiniões (...) e impulsionando possíveis mudanças” (KANTORSKI et al, 2009).

Acredita-se que é o dia-a-dia e o lidar com questões desde as mais banais até as mais complexas, que vão se concebendo respostas para possibilitar o encontro, a cada novo momento, da medida do cuidado. Reconhecer que é no domínio da avaliação, da decisão, da liberdade, da ruptura e da opção que se instaura a necessidade da ética e onde se impõe a responsabilidade do ato de cuidar é fundamental para quem decide trabalhar com saúde, em especial com saúde mental (ROOS, 2011).

A RD é uma estratégia de trabalho realista e, sobretudo, capaz de disparar processos de cidadania, afetando e promovendo o protagonismo das pessoas que usam drogas, abrindo para a possibilidade de transformação de vidas e deslocando-as de um papel de vitimização e/ou doente, como se fossem incapazes de decidir sobre suas escolhas, sua própria existência e,

muitas vezes, sendo quase que “abduzidos” do contexto social para “curarem-se”. Assim, vai configurando-se numa certa micropolítica, que pode ser compreendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra (RIGONI, 2006).

Esta é uma abordagem que não se propõe a prescrever uma verdade e os atores continuamente encontram-se “desdobrando” as polêmicas que surgem no seu cotidiano de trabalho. Trabalha-se com o “real” e não com um “ideal utópico”. A RD busca a universalidade, ou seja, desenvolve ações que sejam para todos, numa amplitude que possa incluir as diferenças. Assim, estamos entrando em uma nova era com relação às concepções de saúde, buscando superar a compreensão higienista, desde uma postura que não julga, mas constrói condições de superação de obstáculos, a partir de cada realidade. Enfim, trata-se de uma mudança da lógica das especialidades para a lógica da integralidade, vislumbrando a possibilidade de promover saúde física, mental e cidadania em toda ação em saúde (ROOS, 2011).

Partindo das informações obtidas e analisadas, pode-se dizer que a RD mostra-se como uma estratégia de trabalho com sentido de heterogeneidade, opondo-se ao estável, ao idêntico, ao constante. Poderia ser chamada então, de “ciência nômade”, aquela que perambula, e opta por seguir um fluxo, num campo em que se submete a uma incessante problematização, relativa a um conjunto de atividades coletivas, não se limitando a questões meramente biológicas e científicas de regulação da vida. Assim, vai operando com sentimento e vontade e não com moralismos, sendo motivada por afetos e pela alteridade (COPPEL, 2004).

Um encontro que valoriza a riqueza da potencialidade humana mesmo que, na maioria das situações de uso e abuso de drogas, esteja mergulhada e quase afogando em vulnerabilidades sociais, é capaz de produzir protagonismos (um exemplo são os redutores de danos, que continuam a realizar seu trabalho sem condições de segurança e respaldo trabalhista do Estado, muitas vezes sendo marginalizados e confundidos com traficantes). O desafio trata-se de utilizar a riqueza infinita dos papéis sociais possíveis,

entretanto, se faz fundamental que estas possibilidades sejam promovidas ativa e constantemente (CECCIM, 2004).

Neste aspecto, muitas são as possibilidades de encontro entre a prática em RD e enfermagem, no contexto da atenção em saúde realizada em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas. Esta pesquisa espera torná-las visíveis.

3 O CAMINHO DA PESQUISA

Para atingir o objetivo da pesquisa, qual seja: identificar como a Redução de Danos tem sido praticada por enfermeiras da Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas trilhou-se o caminho a seguir.

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa de caráter exploratório, em que foi priorizada a fala dos participantes. A pesquisa qualitativa preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Para Minayo (2010) a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A produção das informações foi possível por meio da realização das entrevistas, observações sistemáticas e registros em diário de campo após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa, atendendo a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Na ocasião foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes do estudo. O período da produção de informações foi de Setembro/2014 à Fevereiro/2015.

3.2 Contexto social

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III 24 horas Doutor Everaldo Moreira, localizado no município de Maceió – Alagoas, que prevê funcionamento 24 horas (CAPS AD III 24 HORAS). O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço comunitário que tem como papel cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais,

em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência. A atenção inclui ações dirigidas aos familiares e à reinserção social dos usuários. O tratamento oferecido pelos CAPS deve ser singular, respeitando-se diferenças regionais, contribuições técnicas dos integrantes de sua equipe, iniciativas locais de familiares e usuários e articulações Intersetoriais que potencializem suas ações. (BRASIL, 2004).

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas preconiza que a assistência a essas pessoas deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD), além disso, a atenção a esses usuários deve ser contemplada pela atuação integrada dos Programas de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Serviço de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde (KANTORSKI et al, 2007).

O CAPS AD tem como especificidade de atenção a pessoa que faz uso prejudicial de drogas. Uma das possibilidades de tratamento é trabalhar, junto aquela e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas. Ao mesmo tempo deve-se buscar a minimização da influência dos fatores de risco para tal consumo e a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo / educativo, através da lógica de redução de danos (BRASIL, 2004).

O uso destas medidas permite que sejam elaborados projetos terapêuticos mais flexíveis e de menor exigência, consequentemente adequados às necessidades de cada usuário dos serviços. Os CAPS AD atuam de forma articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde mental (ambulatórios, leitos em hospital geral, hospitais-dia) e da rede básica de saúde, bem como ao Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2004).

A política de RD apresenta-se como princípio norteador das práticas e cuidados executados nos dispositivos responsáveis pela atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Segundo Alves (2009), os CAPS AD desempenham

função estratégica de organização da rede em seu território de atuação, trabalhando com os diversos dispositivos sociais e de saúde existentes e buscando a atenção integral e a inclusão social dos usuários e seus familiares. Neles, as práticas devem ter base em uma concepção ampliada de Redução de Danos assumindo, deste modo, seu compromisso com a preservação e a promoção dos direitos de cidadania dos usuários.

Pelas recomendações do Ministério da Saúde, estes dispositivos devem adotar como referência a lógica da Redução de Danos, a qual se caracteriza como estratégia de saúde pública e de autocuidado, imprescindíveis para diminuição da vulnerabilidade a situações de risco, que visa reduzir os agravos causados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, sem a preconização imperativa da abstinência (BRASIL, 2004).

Respeito às diferenças, retomada do acesso à dignidade e à cidadania, abordagem humanitária para os que estão em maior risco e atuação preventiva junto às populações ainda não atingidas são algumas das atribuições desse novo modelo que tem uma filosofia pragmática e humanitária, isenta de julgamentos crítico-morais, optando pela saúde e responsabilidade pessoal, mais do que pela punição decorrente de comportamento inadequado (SIQUEIRA, 2000).

Alagoas possui 55 CAPS, mas a inauguração do CAPS AD III 24 horas somente aconteceu 11 anos após a publicação da Portaria GM/MS n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002. Ela assegura que os municípios com população igual ou superior a 200 mil habitantes devem contar com CAPS AD III 24 horas.

O CAPS AD III 24 horas, localizado na Rua Virgínio de Campos, no bairro Farol em Maceió é articulado com o consultório na rua, Hospital Ibi Gatto, ambulatórios e Estratégia Saúde da Família. O mesmo foi inaugurado em 2013, em substituição ao CAPS AD que já funcionava no local, visando garantir que as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas recebam atendimento também no período noturno. A unidade foi construída com recursos do município e do governo federal, por meio do Programa “Crack: É Possível Vencer” e conta com R\$ 70 mil mensais para o custeio. Foi batizado

de Everaldo Moreira e integra a Rede de Atenção Psicossocial, criada pela Secretaria de Estado da Saúde (SESAU, 2013).

Atendendo as especificações da Lei Federal n. 10.216/2001, que trata da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a unidade possui 3.276 pessoas cadastradas e capacidade para atender 80 pessoas por dia. Além de tratá-las por meio de acompanhamento psiquiátrico, uma equipe multidisciplinar disponibiliza atividades físicas, lúdicas e de reintegração social, visando a reabilitação. Além disso, uma equipe multidisciplinar fica de prontidão para elaborar os laudos psiquiátricos, que são pré-requisito para realizar a internação involuntária.

Na ocasião da produção de informação desta pesquisa havia no local 7 (sete) enfermeiras e 1 (uma) de licença maternidade, a qual a pesquisadora não teve contato. Estas trabalham no CAPS em regime de plantão de 12 ou 24 horas. Além das atividades assistenciais inerentes à profissão de enfermagem, ainda são responsáveis por questões burocráticas no serviço, tais como: encaminhamentos, contato com lavanderia, dentre outros. Durante os plantões diurnos, em alguns dias, mais de uma enfermeira pode ser encontrada no CAPS, no entanto o plantão noturno apenas uma profissional fica de prontidão para o atendimento da clientela.

Alguns paradoxos são percebidos no contexto em que se insere a assistência à pessoa que faz uso prejudicial de drogas em Alagoas: se por um lado foi inaugurado o CAPS AD III 24 horas, apesar da grande necessidade, por outro lado nenhum serviço foi colocado no lugar daquele que funcionava antes; enquanto a política do Ministério da Saúde para Atenção integral aos Usuários de Álcool e outras drogas prioriza o atendimento aberto e comunitário oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos como os CAPS AD além da atuação integrada dos Programas de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Serviço de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde, há a ampliação das comunidades terapêuticas para tratamento involuntário, onde a internação se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro.

O acesso à saúde e ao tratamento clínico tem que ser entendido como integrado ao campo dos direitos e não como uma medida obrigatória. Por isso, tal prática é questionável do ponto de vista ético.

De acordo com a Carta Pública do Fórum de Redução de Danos, escrita por membros Fórum de Redução de Danos reunidos em 29 e 30/10/2012, em Maceió, é crescente o número de crianças e adultos vivendo em condições de vulnerabilidade social, expostos ao preconceito e todo tipo de desrespeito civil, tendo seus direitos constantemente negligenciados; é insuficiente o conjunto de dispositivos substitutivos de saúde mental para atender a população quantitativamente muito superior à sua capacidade, se distanciando da configuração da rede de atenção psicossocial (RAPS) preconizada pelo Ministério da Saúde, com uma rede de cuidados ainda muito fragilizada, com recursos humanos e materiais insuficientes, carecendo de ações de inserção social e de apoio familiar; possui o risco eminente do redirecionamento dos recursos para a internação compulsória ou involuntária e que não em hospitais gerais; possui um conjunto insuficiente de dispositivos da assistência social (CRAS, CREAS, Albergue, dentre outros), com uma rede de atenção social também fragilizada, com incapacidade de dar respostas satisfatórias para as pessoas que usam drogas e em condição de vulnerabilidade.

Neste contexto, a RD propicia novas possibilidades de reconstrução do modo de estar no mundo de cada ser, na medida em que amplia e reconhece que determinados comportamentos são melhores entendidos se considerados os inúmeros fatores (econômicos, sociais, biológicos, dentre outros) que influenciam a relação de uma pessoa com a droga.

Somente dessa forma é possível ampliar conhecimentos válidos e gerar novas formas possíveis de intervenção. Usando a RD como mecanismo legítimo de defesa, de controle e de promoção da saúde, tanto da pessoa quanto da comunidade, pode-se vislumbrar não uma sociedade utópica livre das drogas, mas uma sociedade menos afligida e mais realista dentro das suas possibilidades.

3.3 Participantes da pesquisa

Todas as enfermeiras foram convidadas a participar do estudo, pois compartilham características particulares e têm o potencial de fornecer dados ricos e relevantes pertinentes à questão da pesquisa. Assim sendo, todas as enfermeiras que do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III 24 horas Doutor Everaldo Moreira foram entrevistadas. Foram 7 (sete) participantes, todas do sexo feminino.

3.3.1 Aproximação dos Participantes

O CAPS já era conhecido pela pesquisadora, antes da reforma (quando não era ainda um serviço de funcionamento 24 horas) em decorrência do estágio ocorrido no local em 2011, vinculado a Residência de Enfermagem em Saúde Mental (Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas). No entanto nenhuma enfermeira daquela época continua trabalhando no CAPS AD III 24 horas. Sendo assim, a pesquisadora e as enfermeiras do serviço não se conheciam previamente, exceto a primeira enfermeira entrevistada, a qual já era do convívio profissional da pesquisadora e passou os contatos das outras enfermeiras do serviço.

A aproximação com as participantes foi realizada por contato telefônico. Por telefone a pesquisadora se identificava como enfermeira, especialista em Saúde Mental, mestranda em Enfermagem e docente de uma instituição particular no município de Maceió. Neste momento também já era explicitado dados referentes ao objeto de estudo, objetivos da pesquisa, entrevista semiestruturada, observação sistemática, registros em diário de campo e realizado o convite para participar da pesquisa. Na confirmação da participação era agendada a entrevista e a observação sistemática de uma atividade/prática de Enfermagem realizada pelo participante.

3.3.2 Os participantes da pesquisa: breve caracterização

Todas as participantes do estudo foram enfermeiras, com idade entre vinte e nove e quarenta e nove anos, tempo de formação de quatro a dez anos

e tempo de serviço de cinco meses a quatro anos. As participantes são especializadas nas mais diversas áreas do conhecimento em enfermagem, dentre elas: Docência do Ensino Superior, Saúde Mental, Saúde Pública, Enfermagem do Trabalho, Obstetrícia e Urgência e Emergência. De acordo com a Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPS os enfermeiros que trabalham em CAPS tipo III devem ser especialistas na área de saúde Mental. No entanto, não é o que ocorre no serviço pesquisado. O quadro abaixo ilustra estes dados de identificação destes participantes.

I – Quadro: identificação dos participantes da pesquisa

<i>Participante</i>	<i>Idade</i>	<i>Tempo de formação</i>	<i>Tempo de serviço</i>	<i>Pós-graduação</i>
Enfermeira 1	36 anos	10 anos	2 anos	Docência do ensino superior e saúde mental
Enfermeira 2	29 anos	7 anos	1 ano e 4 meses	Saúde pública e Saúde mental
Enfermeira 3	29 anos	4 anos	5 meses	Enfermagem do trabalho
Enfermeira 4	31 anos	8 anos	1 ano	Obstetrícia
Enfermeira 5	49 anos	9 anos	2 anos	Saúde mental
Enfermeira 6	29 anos	4 anos	4 anos	Atenção psicossocial e Urgência e emergência
Enfermeira 7	34 anos	8 anos	1 ano e 10 meses	Educação para preceptores do SUS.

Fonte: Camila Paz, 2015.

Para garantir o anonimato dos participantes, as citações dos trechos extraídos de suas entrevistas são identificadas utilizando-se a letra E, que representa “Enfermeiro”, seguido de número, que vai do um ao sete (E1;

E2...E7), em respeito a cronologia das entrevistas. Para a identificação das observações sistemáticas utiliza-se, tão somente, a designação (OS) e (NC) para as notas de campo.

3.4 Produção de informações

A produção de informações foi realizada entre os meses de Setembro/2014 e Fevereiro/2015. Foi realizada a triangulação dos dados coletados através de:

3.4.1 Entrevistas

Foram realizadas a partir de um roteiro previamente estabelecido (Apêndice A) em que o entrevistado teve liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considerou adequada. As entrevistas foram feitas somente com a presença da pesquisadora e do participante, duraram em média 50 (cinquenta) minutos cada uma e ocorreram dentro do CAPS AD III 24 horas, nas salas ou consultórios disponíveis no momento. As respostas e comentários foram gravados em um aparelho de áudio e tudo o que foi relatado e gravado foi transcrito pela própria pesquisadora. Após a transcrição foi agendado um novo encontro com a participante para a leitura da entrevista transcrita e a mesma afirmou se as informações coincidiam ou não com o que ela falou. Estando tudo em conformidade, a participante autorizou o uso das informações para a pesquisa. Apenas uma participante solicitou que não fosse utilizada uma informação específica que falava a respeito da sua vida pessoal com seu esposo. Nenhuma participante desistiu de participar da pesquisa. A cada entrevista a pesquisadora sentiu-se ansiosa pelo o que a aguardava e pelos dados que iria colher. Pensava se as participantes estariam à vontade em sua presença e se não induziria os seus discursos. Mas houve uma reflexão com o intuito de se deixar envolver pelo encontro, buscando se maravilhar com cada profissional, compreendendo o encontro como um fenômeno único e singular. Antes do início sempre houve a preocupação em

explicar novamente e detalhadamente sobre o que se tratava a pesquisa. Neste momento também foi oferecido o TCLE para ser assinado.

3.4.2 Observação Sistemática

As observações foram guiadas também por um roteiro (Apêndice B), de modalidade não participante, em que o pesquisador não pertence à comunidade que investiga e é o próprio observador. Foram realizadas metodicamente junto a cada entrevistada, estivesse em atendimento individual ou grupal; sendo realizada em duas etapas (1ª descritiva e 2ª reflexiva). Foram registradas por escrito, com intuito de complementar as informações colhidas nas entrevistas. Segundo Thums (2003, p. 155), neste tipo de observação há um planejamento de ações, sendo uma observação direcionada. Foi não participante, pois a pesquisadora tomou contato com a comunidade, grupo ou realidade estudada, sem integrar-se a ela. Permaneceu fora, presenciou os fatos, mas não participou deles. E, individual, por ser a modalidade que requereu a presença de apenas um pesquisador. A observação pôde ser realizada no próprio local onde o evento ocorreu, em um ambiente rotineiro e cotidiano e registraram-se as informações à medida que foram ocorrendo.

Foram observadas determinadas práticas de enfermagem dentro do CAPS, dentre estas: os grupos – Desabafo, apresentação, saúde e qualidade de vida, cidadania, alongamento e atividade física e duas triagens denominadas pelos profissionais por acolhimento. As observações tiveram variações de tempo, entre 20 e 120 minutos, de acordo com as atividades observadas. As observações ocorreram sempre do início ao fim das atividades. As três primeiras atividades foram observadas ainda em 2014, entre os meses de Setembro e Outubro. A pesquisadora somente pôde dar continuidade às observações em Janeiro de 2015, finalizando em fevereiro do mesmo ano.

3.4.3 Notas em diário de campo

O diário de campo não se limita a transcrever ou representar a experiência do pesquisador na produção de informações. A escrita força o observador a implicar-se com o campo da experiência, tencionando-a com

esse mesmo movimento. O revivenciar a partir do escrever provoca uma nova configuração das questões da prática da pesquisa com as questões do próprio pesquisador, podendo encontrar diálogo no espaço da análise das informações como forma de esgaçar estas experiências, tendo em conta os limites da ação ética e da problematização da alteridade (DIEHL, 2006).

Foi possível registrar as impressões e sensações obtidas a partir das vivências nas entrevistas e observações sistemáticas. As notas foram registradas antes e após as entrevistas e durante as observações, contendo informações de onde ocorreram as observações e entrevistas, quem estava presente, como era o local e as atividades realizadas; e outras informações que permitiram a pesquisadora retornar mentalmente ao local através das notas de campo. Contiveram também as impressões e sentimentos da pesquisadora, reações à experiência e reflexões sobre o sentido e significado do que ocorreu e as análises iniciais da entrevista.

Tais anotações foram apresentadas e intercaladas às falas ou na análise das mesmas.

3.5 Aspectos éticos

O presente trabalho buscou atender aos dispositivos do Código de ética do Enfermeiro e o mesmo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e dispõe sobre princípios como: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. O projeto obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, no dia 25/09/2014, com o número de aprovação: 807.033. A identidade dos participantes foi preservada, sendo identificados no trabalho pela letra “E” e pelo número do 1 (um) ao 7 (sete), respeitando a ordem da ocorrência das entrevistas.

3.6 Análise das informações

Os dados foram analisados por meio da análise temática de Minayo (2010). Realizou-se inicialmente a leitura e releitura do material obtido da transcrição das entrevistas, observações sistemáticas e notas de campo. Para a organização e apresentação dos resultados, foram construídas categorias, de acordo com as temáticas que foram surgindo das falas das participantes durante as entrevistas realizadas. Para Minayo (2010) categorizações são empregadas para estabelecer classificações, ou seja, agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger de um modo geral qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa. A análise temática compreende a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Para a análise e discussão das categorias temáticas utilizaram-se os referenciais múltiplos expostos na Associação Brasileira de RD; as políticas sobre RD; premissas de Marlatt; produções sobre RD, tais como Denis Petuco (2009) e Domiciano Siqueira (2013). Utilizaram-se, ainda, os referenciais que relacionaram RD, enfermagem e Atenção psicossocial, tais como Kantorski (2009) e Roos (2011).

As categorias que emergiram da análise sumariamente descrita, foram as seguintes: 1. Práticas de enfermagem consideradas redutoras de danos; 2. (Des) conhecimento sobre a Redução de Danos por enfermeiras do CAPS AD; 3. As condições de trabalho para adoção da estratégia de Redução de Danos no CAPS AD. Tais categorias são apresentadas e analisadas no próximo capítulo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante do objetivo de identificar como a Redução de Danos (RD) tem sido praticada por enfermeiras da Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas e dos caminhos trilhados para respondê-lo, chegou-se aos resultados aqui apresentados. Os mesmos foram obtidos através da análise das transcrições das entrevistas e, na medida do possível, integrados aos registros da observação sistemática e das anotações de campo.

Ouvir estas enfermeiras suscitou interesse e foram evidenciados através desta investigação: muitas são as práticas de enfermagem consideradas como redutoras de danos, ainda que às vezes não sejam reconhecidas pelas enfermeiras como tais; a lacuna de conhecimento e aprendizados obtidos na graduação e no trabalho acerca do tema; as condições de trabalho e normativas da instituição que apontam para as facilidades e dificuldades na prática em RD.

4.1 Práticas de enfermagem consideradas pelas enfermeiras como Redutoras de Danos

Nos serviços de saúde, é importante que o enfermeiro esteja atento à detecção precoce do uso prejudicial de drogas, a fim de reduzir os possíveis danos, conforme preconiza a política de saúde definida para o campo em questão, porém as práticas de enfermagem em Redução de Danos podem ser desenvolvidas em qualquer contexto de atenção em saúde (CARVALHO, 2010).

São diversas as ações de enfermagem que podem ser consideradas como promotoras de RD. No entanto, dentre as práticas que as participantes da pesquisa consideram ser redutoras de danos, a que diz respeito à realização de grupos se destacou. Os grupos são conduzidos por elas e são apontados como a principal prática de orientação a respeito da RD, tanto que de acordo com as notas de campo:

Foi sentido pela pesquisadora a relevância que os enfermeiros do serviço dão à realização de grupos pelo fato de que quando era solicitada a observação de alguma atividade de enfermagem, os enfermeiros, na maioria das vezes, a convidavam para observar o desenvolvimento de algum grupo.
(NC)

Quando a enfermeira faz sua intervenção de cuidado por meio de atividades grupais ela favorece uma conexão da pessoa com o seu modo de uso de substâncias psicoativas e a leva para um repensar sobre este uso. Dentre os grupos que facilitam essa comunicação estão os de educação em saúde, nos quais se realizam orientações a respeito dos diversos problemas relacionados ou não ao uso de drogas.

Foi observado um grupo de educação em saúde, no qual a E6 teve como objetivo orientar a respeito das doenças sexualmente transmissíveis, aproveitando a aproximação do carnaval, época na qual as pessoas ficam mais vulneráveis à prática do sexo inseguro. A enfermeira iniciou falando sobre a importância do não compartilhamento de seringas durante o uso das drogas e posteriormente abordou sobre os métodos contraceptivos masculinos e femininos. A interação com os usuários foi dinâmica e eles foram estimulados a colocar preservativos (feminino e masculino) nas próteses que a enfermeira levou. Foram abordados também aspectos relacionados à higiene do órgão sexual, maneira adequada de guardar o preservativo, DST's mais prevalentes, aspectos sobre RD, como a ingestão de água durante o uso do álcool. Os usuários perguntaram e tiraram dúvidas no decorrer do grupo. No fim foram distribuídos preservativos e lubrificantes.
(OS)

Nas falas das enfermeiras pode-se perceber a importância que elas atribuem a realização dos grupos como uma forma de abordar aspectos da RD, em especial, os de educação em saúde.

E2: “Os grupos, eu acho que também é uma forma de reduzir danos, a gente trabalha com a parte de educação em saúde, tem outros também junto com outros profissionais, mas acredito que o de educação em saúde volta mais... bem

diversificado, bem variado... que acho que ajuda mais para a parte de Redução de Danos.”.

E5: “A única que eu vejo na Redução de Danos no meu papel de enfermeira é que eu tenho um grupo de educação em saúde”.

E6: “O que a gente trabalha aqui são os grupos terapêuticos, esses grupos na parte da enfermagem tem os grupos de educação e saúde, o grupo cidadania, grupos de música, rodas de chá e por aí vai, tem vários grupos, eu particularmente tenho o grupo cidadania, o grupo reflexão e o grupo espiritualidade”.

E7: “... mas o que a gente faz realmente no dia a dia é sinais vitais, medicação, os grupos de orientação e educação em saúde, e registros no prontuário”.

E6: “Eu sempre me preparo para os grupos de educação em saúde, a gente leva as peças anatômicas, leva vídeo e figuras e pede para que eles participem também...”.

Segundo Alves (2005), educação em saúde é um recurso utilizado por profissionais de saúde para atuarem na vida cotidiana das pessoas por meio do conhecimento científico produzido no campo da saúde. Todavia, para que esse processo se dê de maneira eficaz e não impositiva, deve-se primar por práticas que respeitem as diferenças dos atores envolvidos, tornando a educação em saúde uma verdadeira ferramenta de empoderamento do indivíduo.

Uma das formas de praticar a educação em saúde ocorre por meio da formação dos grupos de educação em saúde, nos quais pessoas que apresentam características semelhantes, ou necessidades em comum, têm oportunidade de aprenderem e partilharem conhecimentos, além da possibilidade de trocarem ideias acerca de suas experiências de vida.

Souza et al. (2005, p. 148) confirmam em seu estudo a “importância do trabalho em grupo como instrumento fundamental no atendimento das complexidades da promoção e da educação em saúde nas comunidades”. Segundo as autoras, o trabalho que utiliza a estratégia de formação de grupos tem a vantagem de fomentar a produção coletiva do conhecimento, bem como a reflexão sobre a realidade vivenciada por seus membros. O processo reflexivo se mostra importante, na medida em que possibilita a construção de estratégias de enfrentamento dos desafios, que, por vezes, permeiam suas situações de vida.

Nesse aspecto, grupos podem ser definidos como espaços nos quais convivem e interagem pessoas, conceitos, valores e culturas diferentes. Nesses espaços, cada ator se diferencia e se reconhece no outro e, por meio da dinâmica estabelecida, tem a possibilidade de falar e ser compreendido, sentir e ser sentido, indagar e ser indagado, enfim, de afetar e ser afetado, com intuito de estabelecer um processo que gere reflexão e aprendizado (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Foi observado um grupo denominado “Saúde e Qualidade de Vida” no qual a enfermeira teve como objetivo falar dos males causados pela ingestão abusiva do álcool. Primeiramente ela abriu um curto espaço para a fala dos usuários, onde eles se colocaram com suas opiniões, dúvidas e questionamentos. Inclusive, neste momento, foi solicitado por um dos participantes que no próximo encontro houvesse outro grupo para falarem sobre o uso do crack.

A sala azul estava cheia, com cerca de aproximadamente 25 pessoas. Primeiramente a enfermeira abordou sucintamente sobre os efeitos do uso do álcool e abriu espaço para o grupo se colocar. No entanto, a grande quantidade de pessoas presentes no local impossibilitou que todos falassem. Depois ela colocou um vídeo bastante interessante, o qual prendeu a atenção da maioria que estava na sala. O vídeo basicamente mostrava uma entrevista com um médico clínico que falava sobre os males do excesso de álcool no organismo e com uma psicóloga especialista em dependência química. O vídeo também trouxe depoimentos de pessoas que fazem uso do álcool. Após este momento as pessoas do grupo novamente se colocaram, alguns fizeram perguntas e um deles pediu uma atividade direcionada para os usuários do crack. Num determinado momento do vídeo, onde passou o lema dos alcoólicos anônimos a maioria que estava na sala falou junto, num só coro e aplaudiram. Depois foi colocado um clipe com a música Via láctea, de Renato Russo. Alguns cantaram. O grupo foi finalizado com uma oração do Pai nosso. **(OS)**

Outro grupo que existe no CAPS é o “Grupo Desabafo”. Ele consiste basicamente numa conversa entre os participantes onde eles trocam experiências de vida, opiniões e meios de enfrentamento dos diversos problemas relacionados ao uso prejudicial de drogas, conforme nota de campo:

Após entrevista com E1, fui observar o “Grupo Desabafo”. Naquele dia o assunto era a RD. Os usuários do serviço estavam num canto do ginásio onde havia um deles que estava tocando violão. A enfermeira se aproximou e pediu que eles arrumassem as cadeiras para dar início ao grupo. Todos aceitaram bem a ideia, exceto um deles que preferiu não participar. O grupo se deu em forma de diálogo onde as pessoas ficavam à vontade para falar a respeito da sua experiência com a RD. Alguns não conheciam a estratégia e a E1 pediu para que um deles dissesse do que se tratava. Num primeiro momento deu a entender que a maioria concordava com esse tipo de estratégia, no entanto, outros falavam que com eles não funcionava, ou seja, tinham que viver em abstinência. Neste grupo foram priorizadas as falas dos usuários, mas sempre que necessário a enfermeira intervia para dar orientações. Percebeu-se a total liberdade de expressão das pessoas envolvidas, a qual possibilitou o compartilhamento de saberes e experiências, onde uns ajudavam aos outros com palavras de motivação e força. **(NC)**

Outro tipo de grupo observado no CAPS foi o “Grupo de alongamento e atividade física”. Proposto pela E6 e o educador físico, teve por objetivo: promover a saúde física e mental dos usuários através da prática de exercícios; propiciar uma atividade extramuros; trabalhar a concentração, agilidade, habilidade e movimento; proporcionar descontração.

O grupo foi promovido pela enfermeira e educador físico. O percurso do CAPS até o CEPA (complexo educacional que tem bastante espaço ao ar livre, próximo ao CAPS) foi feito a pé e neste momento já havia uma aproximação entre os usuários e os profissionais e a relação de ajuda já acontecia ali. Como era um domingo, eles falavam sobre como havia sido a semana. Na chegada ao CEPA, o educador físico instruiu um alongamento e todos acompanharam na medida do possível. Depois foi montado um circuito funcional de exercícios, mas os usuários ficaram a maior parte do tempo livre para fazer a atividade física que quiseram. Uns jogaram bola, outros brincaram de bambolê, outros fizeram o circuito montado pelo educador e alguns preferiram apenas observar. As atividades foram estimuladas pela enfermeira, que participou ativamente de todas elas. Também ficou atenta em dar as orientações para que ninguém se machucasse. Durante as atividades houve diálogos sobre o uso da droga e família. Após as atividades, todos sentaram na sombra de uma árvore para descansar e neste momento os usuários compartilharam fatos importantes da vida (uso da droga, violência, roubos, troca de comida por droga). A enfermeira deu orientações sobre o aproveitamento do tempo e sobre as próximas ações após o tratamento no CAPS. **(NC)**

Percebe-se, então, que o desenvolvimento de grupos pelas enfermeiras do serviço tem bastante relevância e são identificadas por aquelas como uma prática redutoras de danos, embora os grupos observados demonstrem basicamente uma função educativa ou informativa.

Ressalta-se que para que haja sustentabilidade dos grupos no CAPS, enquanto espaços de troca e de ressignificações, as estratégias de RD devem ser inseridas de maneira organizada e baseadas nas necessidades da pessoa que faz uso de drogas, de modo a atender as dúvidas e questionamentos e aceitar a maneira que cada um escolhe viver a vida.

É necessário, ainda, que além da realização dos grupos, as enfermeiras desenvolvam outras ações e estratégias embasadas, sobretudo, nas vulnerabilidades dos usuários, desenvolvendo um plano terapêutico interdisciplinar e coletivo, com base nos aspectos individuais, para que o processo de enfrentamento seja edificado e os danos decorrentes do uso da droga minimizados.

A utilização adequada da tecnologia de grupos ao atendimento das pessoas que usam drogas:

Promove um espaço e possibilita a troca de experiências entre os sujeitos, sentimentos e possibilidades, viabilizando discussões acerca dos problemas apresentados, podendo posteriormente ser desenvolvidas estratégias de enfrentamento, em torno de um mesmo objetivo (DALL'AGNOL et al, 2012).

Outros autores enfatizam a importância dos grupos, conforme Benevides et al (2010). Eles referem que as atividades grupais são capazes de superar formas tradicionais e propor construções coletivas. Estudos apontam o grupo de apoio e de suporte para usuários de substâncias psicoativas como uma significativa estratégia de cuidado da pessoa e de seus familiares. A dinâmica de grupo permite a educação em saúde, prevenção, promoção e recuperação da saúde e da vida de pessoas e grupos. (ALVAREZ et al, 2012).

Nesse âmbito, as práticas coletivas ou grupais são ferramentas condizentes com a atenção psicossocial, pois é conduzida pela clínica humana

que privilegia a igualdade nas relações e responde efetivamente às questões de saúde (BENEVIDES et al, 2010).

Existem outras práticas de enfermagem redutoras de danos identificadas ou não pelas participantes desta pesquisa, porém o desenvolvimento de diferentes e inusitados tipos de grupos tem sido a mais comumente considerada, tanto que para algumas enfermeiras a simples presença do usuário no grupo reduziria danos e não realizar nenhum tipo de grupo implicaria em não desenvolver práticas que se coadunam com RD.

E7: “Eu já entendo que enquanto eles estão num grupo mesmo que o tema não seja esse, já é uma prática de redução porque ele não estaria lá fora, ou em casa ou em qualquer lugar fazendo uso”.

E3: (...) “assim eu não faço nenhuma prática de Redução de Danos porque eu não faço grupo...”.

Outra atividade redutora de danos mencionada pelas enfermeiras é a Escuta. O ouvir o outro e ter um espaço para ser ouvido leva a reflexão da própria condição e oportuniza o aprendizado de meio de enfrentamento dos problemas advindos do consumo de drogas.

E1: “Geralmente quando eu faço a escuta terapêutica eu já estou intervindo com um olhar na Redução de Danos, mas eu costumo falar mais sobre isso nos grupos”.

E3: “... sempre tem a escuta de usuários, hoje mesmo eu já fiz umas três escutas...”.

E4: “... aí, às vezes a gente faz uma atividade com eles antes de dormir, administrando medicamentos, vendo se o medicamento está fazendo efeito ou não, escutando também os usuários...”.

E3: “... o que eu faço é a escuta, o que eu tava fazendo justamente antes de você chegar, eu estava com um usuário e a gente estava conversando, então a gente faz uma escuta terapêutica.”.

E5: “A gente também faz busca ativa nosso dia a dia; faz escuta dos usuários...”.

A escuta, o respeito e a empatia por parte do enfermeiro proporcionam ao usuário dos serviços de saúde benefícios, como: estabelecimento de uma relação de confiança, vínculo e expressão de suas emoções; e ao enfermeiro: acompanhamento e melhor conhecimento da pessoa e das opiniões que tem sobre o tratamento e seus efeitos, reconhecimento do que a pessoa está vivenciando na sua condição de saúde (CONTE, 2004). Ao falar de sua experiência, a pessoa, por meio da escuta da própria narrativa, pode entender como vê o seu problema de saúde e como essa situação influencia a sua vida e a de sua família.

E3: (...) “E, além disso, no atendimento individual, através da escuta, quando a gente conversa e mostra para ele quais são as fragilidades, faz com que eles reconheçam suas fragilidades, faz com que eles reconheçam o que eles querem pra eles, como eles podem diminuir, como eles podem fazer.”

Em geral, não se ouvem as pessoas que usam drogas, porque há “consensos” em nossa sociedade, resultando em ensurdecimento de possibilidades de escuta e de acolhimento ético e digno. A pouca disponibilidade em ouvir sobre suas histórias dá-se por conta das resistências em admitir o convívio com as drogas e usuários, pois, frequentemente, estão associados a práticas de irresponsabilidade, de prazer irrestrito, de delinquência e de afronta aos hábitos e costumes socialmente aceitos. O sofrimento e o mal-estar em que vivem ficam invisíveis. (BASTOS, 2003).

Porém, de acordo com Petuco (2011), “quando ouvimos as pessoas e exercitamos uma escuta curiosa, acolhedora, nos abrimo-nos não apenas à potência, mas à experiência de sofrimento do outro. Nesta escuta que é também diálogo, se tece o cuidado a muitas mãos, e cada pessoa é uma pessoa”.

O processo do cuidar da saúde dos sujeitos usuários de substâncias psicoativas eclode a partir do modo como estes sujeitos são vistos e ouvidos. Trata-se de uma escuta que acolhe e aceita as diferentes formas de ser e estar

no mundo, perante a diversidade. Constitui-se por uma postura ética diante da vida, do trabalho, do cuidado (PETUCO, 2012).

A Redução de Danos tem sua importância como contribuição ao campo social pelo fato de questionar consensos colocados de antemão em torno das pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, por reconhecer diferentes relações de uso, uma vez que há a disposição a escutar quem permanece envolvido com as drogas, e propõe um diálogo com outras instâncias, permeando-as (CONTE, 2004).

A conversa como forma de prática redutora de danos foi outro destaque na fala das enfermeiras participantes da pesquisa. Através dela, se estabelece o vínculo necessário para interagir melhor com a pessoa que faz uso prejudicial de drogas. Mesmo a do tipo descontraído, por vezes ocasional, permite a pessoa expressar seus sentimentos, suas dúvidas e preocupações.

No campo da Enfermagem, a conversa emerge como eixo integrador do cuidado (BEUTER, 2004). Ela transmite afeto, segurança, solidariedade, além de expressar a condição de estar disponível ao outro. Esses elementos são essenciais à efetividade do cuidado, uma vez que resulta em bem-estar e auxílio à pessoa que necessita de cuidados.

E3: “No final de semana eu fico muito próxima deles, então consigo perceber muitas coisas que eles estão pensando, estão sentindo. Então consigo me aproximar de cada um, conversar com cada um, perceber a história de cada um, as limitações de cada um”.

E4: “Aqui no serviço eu trabalho mais com atendimento individual. Então se ele está se sentindo fragilizado ou triste, eu converso com ele... vamos tentar...”.

E6: “A gente sempre está conversando com um, seja no jardim, seja na sala de convivência, enfim, a gente aproveita aquele momento que eles também querem conversar, porque nem sempre eles querem conversar, querem dormir porque estão cansados da rua, pois muitas vezes passam a noite usando drogas”.

E7: “Eu acho que as minhas práticas, meu pensamento, minhas conversas são sempre direcionadas para RD...”.

A interação enfermeiro-pessoa é um dos fatores que favorece a ação terapêutica. Esse processo de interação ocorre através do diálogo, da conversa, da escuta sensível; E, a partir desse processo, a enfermeira utiliza suas habilidades e seus conhecimentos para a identificação dos problemas e das necessidades da pessoa (SILVA, 2008).

Percebe-se, no serviço pesquisado, que os encontros entre os usuários e as enfermeiras transmitem um sentimento de confiança, de tranquilidade, que se desenvolvem através do diálogo, da escuta sensível e da conversa, capazes de minimizar a posição de insegurança e medo. A relevância dada às conversas também se expressa na forma de a enfermeira colocar-se à disposição do outro, atribuir importância às inquietações e questionamentos da pessoa e sua forma de se ver e de se conduzir no mundo, estabelecendo uma relação de ajuda-confiança.

E6: “Quando a gente orienta essas pessoas que estão no dia a dia com a gente através do diálogo, ocorre uma troca de informações... a gente ganha e eles também recebem. A gente passa o nosso conhecimento e ganha também informações sobre o dia a dia deles... da vida, de como eles estão.”.

A consulta de enfermagem foi identificada por algumas das enfermeiras do serviço como uma atividade rotineira de enfermagem, não especificamente como uma atividade redutora de danos. No entanto, a consulta pode constituir-se num momento entre as enfermeiras e as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas propício para efetivação do cuidado e orientações a respeito da RD.

Segundo o Ministério da Saúde (2010) devem constituir os objetivos dos dispositivos como os CAPS AD: a realização de consultas, orientações, oficinas de educação em saúde e encaminhamento das demandas não atendidas in loco para a rede de saúde do SUS, ações de prevenção de doenças infectocontagiosas, como as doenças sexualmente transmissíveis e diversos outros cuidados relativos a problemas já instalados.

E2: “No serviço do CAPS AD a gente faz acolhimento, admissão de usuários, consulta de enfermagem, atividades em grupo, supervisão dos técnicos de enfermagem...”.

E2: “Aí na quarta de manhã eu não paro e a tarde geralmente tem acolhimento e consulta de enfermagem”.

E2: “Na própria consulta de enfermagem a gente orienta, vê os encaminhamentos que precisam ser feitos”.

E2: “A questão da higiene a gente dá o suporte da enfermagem. Verifica a questão da higiene durante a consulta, observa o usuário que está com a higiene mais precária, aí a gente chama, orienta o banho, a gente sempre tem roupas que são doadas”.

Manter a integridade física, fornecer roupas limpas e propiciar o asseio adequado promovem qualidade de vida e bem estar e podem ser consideradas como formas de recolocar a pessoa que faz uso prejudicial de drogas no mundo das pessoas que vivem a inclusão.

E7: “Fazemos a Sistematização da Assistência de Enfermagem. No caso esse paciente veio aqui, participou da triagem e foi acolhido, mesmo que ele não fosse acolhido, ficasse como externo a gente agenda SAE. A gente tem um impresso também que a gente faz todo o exame físico e deixa anexado ao prontuário. Evolução, a gente evolui prontuário todos os dias, sempre. Administração de medicação, todos os dias de manhã, tarde e noite. Verificação de sinais vitais...”.

E6: “A verificação dos sinais vitais, pressão, temperatura, pulso; também tem a questão do peso. A gente sempre verifica o peso para comparar entre uma consulta e outra porque o uso da droga faz com que eles percam bastante peso, e a gente sempre compara de um mês para o outro; questão de medicação, administração de medicação”.

A consulta de enfermagem é destacada por alguns autores (Donato, 2006) como a principal forma de aproximação do paciente e do estabelecimento de um vínculo entre ele e o profissional. Afirmam ser um momento crucial para reconhecer os problemas relacionados à saúde em geral, ao uso prejudicial de droga, os potenciais individuais que podem ser despertados e programar a ajuda “suficientemente boa” e adequada a cada um.

Embora boa parte das enfermeiras pesquisadas tenha atribuído importância à realização da consulta de enfermagem e afirmar que a fazem, uma delas relatou que este tipo de atividade não ocorre no serviço, o que leva a entender que há um possível contrassenso a respeito das práticas de enfermagem no local pesquisado.

E3: “O usuário é acolhido e marca para fazer a SAE, que é o exame físico só, mas não existe uma consulta de enfermagem, uma avaliação diária desses usuários. Tem enfermeiros que têm o dia de fazer o grupo, aí tudo bem, mas acho que não seria só fazer um grupo. Acho que uma consulta de enfermagem que falta”.

No contexto em questão destacam-se, ainda, outras práticas redutoras de danos presentes nos discursos das enfermeiras entrevistadas, embora às vezes pareça não reconhecê-las como tais.

E2: “Também tem a questão de encaminhamentos para os serviços de urgência... a gente faz essa triagem. Hoje mesmo encaminhei três usuários para urgência porque a gente não tem médico clínico no serviço e eles estavam com cólica renal, glicose alta e encaminhamos para o pronto atendimento, aí eles são medicados e vão acompanhados com o técnico de enfermagem e voltam”.

E2: “A gente faz parte da organização do serviço, cuidamos da parte burocrática... e por ser acolhimento 24, a parte noturna, requer um pouco mais de atenção e tempo, porque tem a parte da transcrição da medicação, de ver, de evoluir e o acompanhamento de todos os que estão acolhidos”.

E2: “Às vezes acontece alguma coisa de última hora, alguma urgência, algo precise de encaminhamento, que a gente tem que ter decisão rápida”.

E5: “A gente conversa com eles; vai ver em relação aos leitos como que está, para gente dar uma geral, liga para lavanderia, para vir pegar roupas sujas, ver medicação que está faltando para repor, vai a farmácia pegar medicação, encaminha os pacientes para atendimento médico, auxilia os técnicos na verificação de sinais vitais também”.

As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta a diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação,

com cada pessoa, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a participação e o engajamento. Vemos aqui que a Redução de Danos se oferece como um método (no sentido de caminho) e, portanto não excludente de outros (BRASIL, 2004).

O papel dos profissionais é exatamente o de acessar um segmento que muitas vezes está à margem da rede de saúde e social por temer o estigma e a rejeição. A aceitação de cada uma destas pessoas enquanto sujeitos e o respeito ao lugar que ocupam na escala social confere às abordagens de Redução de Danos a possibilidade de construção de um vínculo de confiança, base sobre a qual se desenvolverá o trabalho.

Destaca-se que os profissionais de enfermagem são agentes-chave no processo da transformação social dos países, participando no desenho e na implantação de programas e projetos de promoção de saúde, prevenção do uso prejudicial de drogas e integração social (GONÇALVES; TAVARES, 2007).

No entanto, as experiências de cuidado criadas nos dispositivos psicossociais ainda guardam um forte componente experimental, transição do modelo asilar para o aberto e comunitário, e estão dentro de um campo em fase de estruturação com a ampliação dos dispositivos psicossociais e a definição de novas diretrizes para essa área.

Assim, espera-se que a “força de quem faz”, desenha, implanta e gerencia projetos e formações em saúde sejam valorizadas e levadas em consideração no contexto das políticas sobre drogas atuais e possam indicar qual é o caminho aberto para as tecnologias de cuidado em um campo de intervenção pública em constante movimento.

4. 2 (Des)conhecimento sobre a Redução de Danos por enfermeiras do CAPS AD:

De acordo com as enfermeiras entrevistadas, a RD era desconhecida ou pouco conhecida até começarem a trabalhar no serviço de saúde mental, o que denota uma formação acadêmica insipiente em relação à temática sobre o cuidado sob a lógica da RD às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas.

E1. “Não, eu não conhecia. Vim conhecer aqui no CAPS, mas era muito verde a aplicabilidade dela, só existia na teoria.”

E4. “Não, eu não conhecia a Redução de Danos, mesmo eu estudando, na universidade a gente nunca falou sobre isso. Foi algo novo pra mim, principalmente porque eu nunca tive vínculo com a saúde mental. Vim pra cá, foi quando eu vim conhecer.”

E5. “Eu passei a conhecer melhor quando passei a trabalhar aqui no CAPS.”

E6. “Eu já tinha ouvido falar na época que eu fiz o curso técnico de enfermagem, uma coisa muito por cima, pouca coisa, mas aquilo ficou em mim. Quando eu vim trabalhar no CAPS, e na faculdade, eu me lembrei de como era essa questão de Redução de Danos, mas eu lembro mais curso técnico... a questão das doenças transmissíveis, não compartilhar seringas, o uso da camisinha... não da droga em si, mas da questão da prática sexual.”

E7. “Eu já tinha ouvido falar, mas muito por alto. Na faculdade, nunca tinha sido falado. Para me aprofundar e conhecer realmente a política e tudo foi depois que entrei aqui no CAPS”.

O processo e formação do enfermeiro, na contemporaneidade, se constituem num grande desafio, que é o de formar profissionais com competência técnica e política, dotados de conhecimento, raciocínio, percepção e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade (SILVA et al, 2010).

Assim, é solicitado que as universidades considerem as questões sociais presentes, especialmente aquelas que afetam a humanidade como um todo, como é o caso do uso prejudicial das drogas, ou seja, a liberdade acadêmica e a autonomia da universidade são indissociáveis de sua responsabilidade social.

Segundo Carraro et al (2005) o conhecimento gerado, seja na forma de ensino ou pesquisa, carece levar em conta a influência de fatores

macroestruturais. As questões referentes do fenômeno das drogas não são uma exceção e mesmo que tal aspecto não seja o foco do interessado a lembrança da existência de uma “moldura” circunscrevendo assuntos pontuais, deve estar sempre presente. Dentro deste contexto, o enfermeiro desempenha importante papel na formação e capacitação dos profissionais de saúde visando à redução da demanda de álcool e drogas e a Redução de Danos.

No entanto, o ensino formal na área de enfermagem sobre o uso prejudicial de drogas parece não corresponder às reais necessidades que a temática vem impondo à sociedade nos últimos anos. Os currículos de enfermagem têm contemplado de alguma forma, a abordagem do uso de drogas, no entanto, este conteúdo é majoritariamente ministrado nas disciplinas que envolvem saúde mental, com uma carga horária que não tem permitido habilitar o futuro enfermeiro para o desempenho adequado de suas funções no que tange a essa problemática (SILVA et al, 2010).

Ainda de acordo com Silva et al (2010) compete à universidade, oferecer no decorrer da graduação as condições para que o aluno adquira as competências necessárias ao exercício da profissão. Portanto é durante a formação de enfermagem que precisa ser fornecido o preparo para o futuro enfermeiro atuar na Redução de Danos e para cuidar das pessoas que estão envolvidos neste contexto.

É preciso considerar que o profissional de enfermagem constitui recurso humano imprescindível no cuidado à pessoa que faz uso prejudicial de drogas, inclusive pela função que desempenha no processo de comunicação com diferentes grupos da comunidade: crianças, adolescentes, adultos, idosos e outros.

Assim, a ampliação de conteúdos sobre a RD nos currículos de graduação é hoje uma necessidade premente para a formação do enfermeiro, que convive cotidianamente, seja na comunidade, nos ambulatórios, nos hospitais ou em outros setores, com pessoas que fazem uso prejudicial de drogas.

Esse é um desafio que está posto para os enfermeiros do século XXI, saber lidar com essas situações que são cotidianas, com segurança, conhecimento e liderança para o encaminhamento das questões e as tomadas de decisões em diferentes âmbitos. Portanto, habilitar o enfermeiro para enfrentar esse desafio é uma iniciativa que necessita ser desencadeada na sua formação básica, ou seja, a graduação (CARRARO et al 2005).

Um dos maiores desafios continua sendo o de aprofundar as discussões e de tornar claro à comunidade universitária, que o desenvolvimento de habilidades passa pelo conhecimento através das disciplinas e outras atividades curriculares formais, mas não se restringe a isto; passa pela necessidade de desenvolver a competência em praticar tal conhecimento, num processo formativo de verdadeiros cidadãos, capazes de responder aos constantes desafios impostos pela sociedade e, mais especificamente, pelo setor saúde, promovendo oportunidades de reflexão sobre o trabalho na saúde e na enfermagem (SILVA et al, 2010).

No entanto vale ressaltar que a formação acadêmica não dá conta de toda esta problemática. O fato da RD ainda ser considerada como uma clínica em construção, cheia de preconceitos e desconfianças, possivelmente faz com que a Universidade, responsável pela formação dos enfermeiros, em seus diferentes eixos - ensino, pesquisa e extensão, não encontre ainda, de fato, uma abertura ou um caminho fértil, seja entre os alunos ou até mesmo nos serviços de saúde, para a disseminação do conhecimento sobre a RD.

Pois, mesmo se tratando de uma política oficial de saúde pública, a RD encontra ao longo do seu percurso variados entraves gerados por práticas e discursos vinculados a um paradigma de “guerra às drogas”, predominando a questão sob o viés da segurança pública e enfrentamento militar do tráfico, somado ao ideal de abstinência e a repressão ao uso de drogas. (SODELLI, 2010).

Diante de um contexto de novos e complexos desafios, de mudanças paradigmáticas, de produção, divulgação e reprodução de conhecimentos, à Universidade cabe despertar no futuro profissional a busca de novas

informações e habilidades que promovam a prática do cuidado de enfermagem sob a lógica da RD.

Observam-se, também, outras falas que denotam o pouco conhecimento de alguns profissionais sobre a RD, advindo do pouco tempo de experiência no serviço.

E3. “Eu não sei se é porque estou ainda há pouco tempo aqui e aprendendo ainda, porque não tenho experiência em saúde mental.”

E4. “Eu acho que essa questão de Redução de Danos ainda é pouco trabalhada, é uma coisa nova para todo mundo, a gente teve umas reuniões aqui dia de quinta- feira e uma das reuniões foi justamente para estudar essa política de Redução de Danos.”

A entrevista feita com E3 foi bastante proveitosa e deixou a pesquisadora satisfeita apesar dos contratempos que ocorreram (a bateria do gravador apresentou problema no meio da entrevista e a mesma precisou ser interrompida). E3 foi muito solícita e apresentou-se bastante questionadora em relação às inúmeras questões que acontecem dentro do CAPS (plantão solitário da enfermeira, atendimento psiquiátrico, excesso de medicação, dentre outros). Ficou claro em seu discurso e comportamento no grupo que foi observado que a enfermeira apresenta pouco conhecimento sobre a RD, tanto que deu uma orientação a um usuário na qual o imperativo da abstinência era valorizado, mesmo que implicitamente. Porém, ficaram explícitos também para pesquisadora, a preocupação e vontade de aprender demonstrada pela profissional. **(NC)**

Notam-se, ainda, discursos que atribuíram o conhecimento incipiente sobre RD por parte de algumas enfermeiras por conta da falta de capacitação consistente e educação permanente no serviço. Apenas uma enfermeira referiu que havia capacitação no local de trabalho. Também foi relatado que alguns profissionais procuram conhecimentos fora da instituição, por conta própria, uma vez que a gestão não fornece isto aos funcionários.

E1. “É por isso que estamos fazendo uma capacitação. Teve quinta - feira passada e agora de novo porque alguns ainda desconhecem a política.”

E2. “Eu acho que muita coisa ainda pode ser feita voltado para política de RD, com incentivo da gestão ficaria mais fácil de ter condições de fazer as ações que fossem precisas e de capacitação da equipe que é necessário... seria o básico né? Porque para trabalhar a gente tem que conhecer... é isso.”

E2. “Acho que um dos fatores que trazem obstáculos é a falta de capacitação dos profissionais em relação à RD, que não existe... a gente nunca foi capacitada e o que favorece é a determinação da equipe de ir buscar conhecimentos por fora e tentar inovar, ver o que dar certo... mas falta mais investimento por parte da gestão.”

E3. “Eu acho que é preciso sempre uma formação, educação permanente dos profissionais, principalmente como é o meu caso, quando não se é especialista na área. Infelizmente no serviço público você é colocada onde tem a vaga, nem sempre você é especialista. O profissional também tem que buscar o aprimoramento do conhecimento, se especializar, mas o serviço também tem que dar essa contrapartida.”

E5. “Falta de material de capacitações em relação às coisas que a gente ainda não introduziu como a questão do teste rápido que também faz parte da RD. Até o momento só teve uma capacitação.”

Acselrad (2005), fala justamente sobre esta situação, ao ressaltar que parece haver uma carência de informações e formação de interesse público. Mais importante que as informações sobre os produtos em si, a educação e capacitação sobre drogas deveriam promover o debate sobre a liberdade individual, aí inserida a RD. A ampliação do espaço para discussões no serviço possibilitaria um repensar profissional sobre esta questão e sobre a prática de enfermagem.

O enfrentamento aos desafios atuais requer uma reestruturação pedagógica, fundamentada nos pilares da educação contemporânea no sentido de formar profissionais com capacidade de aprender a aprender, aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser (FERNANDES, 2006). De modo a garantir a capacitação de enfermeiros com competência para atuar com autonomia e discernimento, a fim de assegurar a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade.

Os resultados deste estudo dão indícios de que o conhecimento teórico-prático em relação à temática absorvido pelas enfermeiras em sua graduação não ofereceu subsídios consistentes para a implementação da prática do

cuidado sob a lógica da RD, sendo insuficiente e superficial, acrescida da falta de educação permanente e do pouco espaço direcionado à realização de capacitações onde se realizou a pesquisa.

Como qualquer outro campo de atuação da Enfermagem, esta modalidade de atenção requer qualificação e treinamento cuidadoso dos profissionais para que sejam capazes de identificar os problemas e realizar atenção apropriada para promover a pessoa e sua integração no contexto social.

Percebe-se, ainda, nos discursos e atitudes, que algumas enfermeiras demonstram bom entendimento e conhecimento a respeito da RD, ao relacionar aspectos importantes como - empatia, compreensão, vínculo, necessidade, tolerância - às ações de enfermagem em RD.

E4. “RD é isso. É entender mais o usuário, não ser tão exigente. Tentar mostrar pra ele que ele precisa colocar e ter limites como qualquer outra pessoa, que ele precisa ver: se você tem a maconha e o crack, vamos usar a maconha, em vez do crack, porque a maconha traz menos danos pra sua saúde, pra sua vida. E o profissional deve ser mais compreensivo nas recaídas e não já julgar: “Ah, esse aí não quer tratamento, não quer nada”. Ser mais compreensivo vamos sentar e conversar com ele: “Vamos voltar do zero? O que você pode, o que acha que consegue?””

E5. “O que muda na minha prática é o conhecimento, é o aprendizado porque eu vou aprendendo cada vez. Eu vou participando desses cursos, lendo, eu vou aprendendo mais.”

E6. “A questão do uso da droga é assim, sempre um recomeço, hoje ele está bem, ele segue, amanhã ele tem uma recaída... então cabe ao profissional, ter afinidade, compreender cada caso.”

E7. “... que a gente consegue realmente manter um vínculo.”

E7. “É na confiança que damos a eles... que se você for aqui você pode continuar usando a droga, que é o que lhe causa prazer... você é dependente, a gente largar é muito difícil. Isso não digo a eles não, mas eu fumo, cigarro. Eu fumo quando eu bebo, então se eu sair para tomar minha cervejinha, eu fumo. Se você disser assim “me dê um cigarro aí na sua bolsa”, eu não tenho, porque eu não vou beber então não vou fumar. Umam amigas minhas dizem “você não existe. A pessoa só fuma quando bebe, passa a semana todinha sem fumar, chega um sábado, fuma.” Eu sei o quanto é difícil para mim, parar esse cigarro num sábado, uma sexta, então eu sempre me

coloco no lugar. Não vou dizendo a eles que eu fumo, é desnecessário. Mas eu sempre me coloco no lugar. Gente é química, é dependência, é difícil! Então, eu acho que o principal é esse, é esse vínculo que a gente consegue criar com o usuário.”

E7. “Eles poderem saber que de repente eles têm a opção de substituir, de diminuir, não necessariamente de deixar o que para ele é necessário e importante...”.

A prática de Enfermagem possui um caráter de educação preventiva e informativa. Portanto, a ação da enfermagem, enquanto estratégia baseada na Redução de Danos é de suma relevância, uma vez que esse profissional terá mais oportunidades de acesso à pessoa, principalmente em momentos de maior fragilidade, isto é, quando ela procura ajuda necessitando ser acolhida e respeitada em suas escolhas.

Essas ações implicam a necessidade de profissionais comprometidos com a atenção à saúde; profissionais capazes de compreenderem os determinantes da saúde, de transformarem saberes e práticas em relação à atenção à saúde da população, de articularem conhecimentos profissionais com os saberes e práticas envolvidos em saúde, de perceberem a complexidade de suas práticas e de, efetivamente, desenvolverem formas de pensar e agir, reinventando modos de se lidar com a realidade de saúde (FERNANDES et al, 2005).

A experiência com a atenção as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas coloca o enfermeiro face a face com inúmeros desafios. Em primeiro lugar, trabalhar numa perspectiva diferente daquela aprendida na formação acadêmica, altamente prescritiva e centrada na doença. Em segundo lugar, enfrentar a sua própria ansiedade, insegurança, preconceito e até incapacidade para lidar com a pessoa que usa drogas. Em terceiro lugar, programar atividades com base em políticas ministeriais ainda não consolidadas. Em quarto lugar trabalhar em equipe e em rede, de forma a assegurar a integralidade da assistência (GONÇALVES; TAVARES, 2007).

Diante da relevância e complexidade que o problema das drogas assume para saúde pública, considera-se que o preparo de profissionais de

Enfermagem para atuar junto a esta clientela deva ocorrer em toda a rede de saúde. Esta capacitação deve privilegiar uma abordagem transversal e interdisciplinar dos problemas vivenciados em cada local de trabalho, pois, quando ocorre uma aprendizagem significativa, a enfermeira atua de forma mais criativa e engajada (CARVALHO, 2010).

A valorização da equipe e a dedicação para qualificar os profissionais conformam uma política de administração de recursos humanos coerente com as propostas de valorização do ser humano e de horizontalização das relações. Tal preocupação é coerente com a preconização do Ministério da Saúde no tocante à Educação Permanente em Saúde (KANTORSKI et al, 2012).

As enfermeiras são portadoras da responsabilidade social de sua categoria profissional e de sua equipe de atuação, além de serem pessoas sociais e politicamente situadas. Logo, é preciso repensar a capacitação profissional, destacando-se a política de Redução de Danos, pois esta é uma clínica em construção, que solicita desconstruções e construção de intervenções que se relacionam intimamente com a prática de Enfermagem.

4.3 As condições de trabalho para adoção da estratégia de Redução de Danos no CAPS AD

O trabalho em saúde é fundamental para a vida humana. Entende-se trabalho como uma ação transformadora, e na área da saúde especifica-se pela identidade de natureza entre os sujeitos que recebem a assistência e os cuidadores, além da indissociabilidade entre o processo de produção e o produto do trabalho (PIRES, 2008).

O processo de trabalho de enfermagem é parte do processo de trabalho em saúde e requer estudos, ações e formulação de estratégias com vistas à realização de cuidados seguros e à valorização profissional (CAPELLA, 1996).

Os trabalhadores de Enfermagem, no desenvolvimento das atividades diárias de modo geral, enfrentam muitas situações que tratam da relação saúde

e trabalho, tanto no que diz respeito ao seu próprio trabalho como aos usuários e comunidade atendidos pelos serviços de saúde (RIBEIRO, 2008).

Condições de trabalho são definidas como o conjunto de elementos e circunstâncias de caráter material, psíquico, biológico e social que, influenciados e determinados por vários fatores de ordem econômica, técnica e organizacional, se inter-relacionam e interatuam, constituindo o meio e a forma em que se desenvolve a atividade laboral (AGUIAR, 2008).

Para elaboração desta pesquisa foram abordados diversos aspectos relacionados às condições de trabalho das enfermeiras, as quais interferiam, segundo estas, na prática de RD dentro do serviço, conforme relatos a seguir.

E4. “Aqui a gente tem o CAPS, ele é pequeno pra grande quantidade de usuários que tem. Então a gente não tem como estar acompanhando como deveria ser... pra gente fazer um acompanhamento bem mais detalhado, a gente não tem como fazer isso, infelizmente...”.

E3. “Então a gente faz de tudo um pouco. Durante a noite e final de semana normalmente é a enfermagem que fica (sozinha)...”.

E3. “Então eu acho que de implementação de serviço deveria aumentar o número de enfermeiros porque ainda tem poucos. É um por dia, um por plantão, às vezes é que tem dois. É outra coisa que me angustiou muito no serviço.”

E6. “A falta de alguns profissionais no serviço. Poderia ter mais profissionais, mais enfermeiros e outros profissionais...”.

E3. “Eu achei que era diferente, que no CAPS o atendimento era diferente, que eles (psiquiatras) tivessem mais atenção, mais cuidado para avaliar. Então, isso dificulta também o tratamento e o acompanhamento dos usuários porque depois todo mundo vai embora e a gente que fica segurando.”

As condições de trabalho presentes no serviço pesquisado, de certa maneira, têm dificultado o pleno desenvolvimento e apropriação da prática em RD por parte das enfermeiras. Uma vez que esta profissional é responsável pela maior parte das atividades gerenciais/administrativas do serviço a assistência e ações em RD ficam um tanto quanto negligenciadas.

E3. “Às vezes você está tão preocupado com tanta coisa para resolver, de usuário que está agitado, de usuário que está impregnado, de você não ter médico, de usuário estar com hipertensão e você não ter médico, que você nem se lembra da política de Redução de Danos.”

E2. “Também acho que cuidamos de muita coisa... a parte gerencial é quase que toda da enfermagem.”

A remuneração inadequada, a acumulação de escalas de serviço, o aumento da jornada de trabalho, as características que provocam tensão nos serviços de saúde (tanto pela natureza do cuidado prestado às pessoas em situações de risco quanto pela divisão social do trabalho), a hierarquia presente na equipe de saúde e o desprestígio social, entre outros fatores, associam-se às condições de trabalho e refletem-se na qualidade da assistência prestada ao usuário (MEDEIROS et al, 2011).

E6. “... e a gente não tem sempre os EPI’S também. Essa é uma luta constante para que venham as medicações, os EPI’S, e que um dia aumente também o nosso salário... e a gente já ganha tão pouco, pouquíssimo.”

E3. “Segunda feira a médica me chamou para entregar um prontuário porque ela tinha atendido um usuário e para perguntar onde estava outro prontuário. Acho que não precisava ser um enfermeiro para isso. Então, acho que o enfermeiro perde tempo com essas coisas, e perde tempo de estar ali mais próximo do usuário, desenvolvendo um trabalho melhor com ele.”

E3. “Às vezes a enfermagem acaba perdendo um pouco de espaço porque resolve o trabalho de todos, porque é aquela coisa, quem faz tudo, no fim não faz nada na verdade.”

O desenvolvimento de tarefas superpostas e repetitivas, somadas as solicitações contínuas e inesperadas, impõe um ritmo cansativo de trabalho levando a um esgotamento físico e mental. Parece contraditório que pessoas que lidam cotidianamente com outras enfermas, estão na maioria das vezes, fragilizadas e vulneráveis à aquisição de doenças (PIRES, 2008).

E6. “Porque trabalhar em saúde mental, principalmente, exige você ter uma saúde mental muito boa. É uma área insalubre

que a gente trabalha. A gente tá no dia a dia em contato com pessoas que usam álcool e droga, pessoas que tem sífilis e HIV, enfim doenças transmissíveis...”.

Estes são fatores predisponentes à aquisição de transtornos relacionados ao estresse, como depressão, insônia, enxaqueca, ou seja, doenças psicossomáticas. Assim, o estresse pode ser entendido como um desequilíbrio da pessoa, quando esta é submetida a uma série de tensões fortes e persistentes (MEDEIROS et al, 2011).

Os gestores, às vezes enfermeiros, dificilmente têm a preocupação de promover e manter a saúde de seus funcionários. A enfermagem parece ser a mais afetada neste aspecto onde trabalhar para cuidar versus trabalhar para sobreviver afeta de forma profunda a identidade das enfermeiras.

Dessa maneira, é relevante o estudo e o investimento nas condições de trabalho, pois permite ao trabalhador e às instituições de saúde identificar os problemas e, por meio da discussão destes, aplicar mudanças no processo de trabalho, o que deve contribuir para melhorias tanto na satisfação profissional das enfermeiras quanto na assistência prestada à pessoa que faz uso prejudicial de drogas.

A escassez de recursos materiais no CAPS também é mencionada pelas enfermeiras como uma problemática que interfere de forma relevante no desenvolvimento das suas atividades direcionadas a estratégia em RD.

E5. “Às vezes, material que a gente não tem. Vamos dizer, um data show que a gente precisa, a gente já usa de terceiros. É muito bom a prática do data show, porque só você falando e falando, para eles isso é muito cansativo.”

E2. “Caso o serviço pudesse oferecer mais alguma coisa em relação à RD, talvez material ou instrumentos que os usuários utilizam para utilizar a droga... que fosse disponibilizado de uma forma mais segura para eles.”

E6. “... mais recursos para gente fazer esse trabalho, o que dificulta. porque o só falar para eles não é suficiente tem que ter outro atrativo. Então, isso dificulta muito a gente fazer grupo e outras atividades. Por exemplo, eu vou fazer grupo de educação em saúde, eu preciso de data show que funcione, preciso de computador, preciso de maquetes que mostrem,

que eles construam. Então, faltam recursos financeiros para ajudar nessas práticas. Às vezes a gente tira do próprio bolso, sempre isso acontece. Eu acho que o dificulta mesmo o nosso trabalho aqui ainda é a questão dos recursos financeiros.”

E7. “Então, o que é que dificulta muito para gente, são essas coisas básicas mesmo. São materiais. A gente vai muito no boca a boca, mas a gente cansa, imagina eles, que vão para um grupo de manhã, de tarde e à noite. Só no blábláblá. Então se a gente tivesse um data show, um som bacana, tá entendendo? Coisas que pudessem ajudar. Instrumentos...”

No dia em que a pesquisadora foi entrevistar a E7, esta tinha a intenção de levar os usuários do serviço à praia. Segundo E7, gosta de fazer esse tipo de atividade extramuros para sair da rotina, propiciar novas sensações e demonstrar confiança aos usuários. No entanto o carro estava sem gasolina, o que é comum, segundo a enfermeira. Então foram todos ao CEPA, a pé, fazer uma atividade física ao ar livre. **(NC)**

Esta escassez de recursos traz limitações à prática em RD das enfermeiras pesquisadas. Além disso, foi demonstrado que a inserção profissional é precária, há dependência de trabalho voluntário para a execução das atividades/ações de RD, há forte influência quando ocorrem mudanças de gestão municipal e estadual para a continuidade de projetos e de parcerias, assim como para a manutenção de recursos humanos e financeiros dos programas. Estes elementos geram descontinuidade no atendimento à população (RIGONI, 2009).

Para recuperação do desgaste da carga de trabalho é importante o desenvolvimento de estratégias de prevenção relacionadas ao ambiente da jornada (descanso, refeições), busca de melhores condições de trabalho, aumento da remuneração desses profissionais, maiores benefícios e investimentos na educação permanente (FERNANDES, 2009), pois se entende que todos os fatores juntos servem para estimular e promover a prática em RD no serviço estudado.

Ross (2011) afirma que são necessários três aspectos chaves para trabalhar a efetivação da RD enquanto diretriz de trabalho: 1) Operação subjetiva: aprender a separar o que é da ordem moral (do profissional) do subjetivo (do sujeito), demandando implicação, persistência, e incorporação dessa lógica flexível e transversal, que é a RD; 2) Construção conceitual:

visando uma efetiva implementação dos pressupostos do SUS e da RD. 3) Transição política-organizativa: há vontade política (do gestor, do trabalhador)? Existem serviços e equipes suficientes? Existem espaços de reflexão para os trabalhadores que atuam em constante tensionamento para a saúde cumprir o seu papel de integralidade, considerando a pessoa ou o uso que ela faz de drogas no seu território, oferecendo aquilo que ela realmente necessita e não aquilo que é prescrito como cuidado?

A lógica de ação da RD é usuário centrado, objetivando o direito a cidadania destes sujeitos e fazendo cumprir seus direitos humanos. A RD não se propõe a prescrever uma verdade e os atores desta diretriz de trabalho constantemente encontram-se “desdobrando” as polêmicas que surgem no seu cotidiano de trabalho, onde se trabalha com o “real” e não com um “ideal”, que ainda incide sobre a prática de muitos profissionais da área da saúde (PETUCO, 2009), dentre eles o enfermeiro.

Precisamos manter vivos os questionamentos e verificar se as práticas dos serviços de saúde estão fazendo diferença na vida das pessoas, nos territórios e nos municípios ou estão iludidos em uma pretensa resolutividade de certas tecnologias de trabalho. A RD nos permite reaprender o trabalhar em saúde a partir de dinâmicas relacionais, somando os diversos conhecimentos. Focar a atenção com o olhar voltado para o “indivíduo em relação” e não o “indivíduo biológico” (ROOS, 2011, p. 51).

É necessário se estruturar saberes e práticas de atenção em saúde mental com uma variedade de possibilidades reabilitadoras, de modo que a oferta potencial seja para que cada um, dentro de sua especificidade, possa desenvolver-se buscando a valorização da positividade do sujeito. Isto, de alguma forma, remete ao desafio de se trabalhar com os aspectos sadios do sujeito, de se focalizar o ser saudável e sua qualidade de vida, ampliando o campo de intervenção e cuidado para os trabalhadores de saúde mental (KANTORSKI et al, 2008).

É importante enfatizar ainda a necessidade de aprofundamento das reflexões acerca da organização do trabalho em seus aspectos amplos dentro do CAPS AD, que envolvem desde as condições de trabalho das enfermeiras, a divisão das tarefas, bem como as relações entre os diversos profissionais, no sentido de encontrarem-se estratégias para minimizar o desgaste físico e emocional do trabalhador neste processo.

Isto remete a Política Nacional de Humanização (PNH). Lançada em 2003, busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013).

O HumanizaSUS, como também é conhecida a Política Nacional de Humanização, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. A comunicação entre esses três atores do SUS provoca movimentos de perturbação e inquietação que a PNH considera o “motor” de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde.

Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

Esta política demonstra a importância de dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho através do Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa, os quais são possibilidades que tornam possível o diálogo, intervenção e análise do que causa sofrimento e adoecimento, do que fortalece

o grupo de trabalhadores e do que propicia os acordos de como agir no serviço de saúde. É importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão (BRASIL, 2013).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa ao se propor identificar como a Redução de Danos tem sido praticada por enfermeiras da Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, se depara com uma problemática atual e complexa, que envolve todos os setores da sociedade, na busca de explicações e soluções e nas formas de ajudar as pessoas que usam drogas de forma prejudicial. Assim sendo, não pretende abarcar todos os aspectos envolvidos na questão, mas contribuir com a discussão da mesma no campo de atuação em Enfermagem.

Para aproximação do problema recorreu-se a extensa revisão bibliográfica, não apenas restrita as produções científicas, mas de pessoas que têm lutado, na atualidade, pela dignidade, direito à vida e à saúde das pessoas que usam drogas e que por um motivo ou outro não conseguem parar de usar.

Compreender a prática de Enfermagem no espaço social em que ela se dá, ouvindo os profissionais que ali atuam, fez optar pelo recurso ao método qualitativo. Pois, através dele, foi possível ver e viver um pouco o trabalho das participantes e transportar as suas vivências para a escrita e, compreender melhor as práticas redutoras de danos realizadas por enfermeiras na atenção psicossocial às pessoas que usam drogas.

Evidenciou-se que as enfermeiras participantes do estudo realizam várias práticas redutoras de danos, reconhecidas ou não pelas mesmas, tais como: participação e coordenação de variados tipos de grupos, atendimento individual, consulta de enfermagem, escuta terapêutica, conversas, dentre outras.

Apesar de todas as participantes afirmarem que trabalham sob a lógica da RD, percebeu-se através da observação sistemática que algumas defendiam a prática centrada na abstinência. Não ficou claro se por conta do possível desconhecimento da estratégia de RD ou por possuir uma postura que vai de encontro com a referida estratégia.

Pode-se observar, a partir disto, a coexistência de valores tradicionais, orientadores dos modelos moral e médico/de doença, e de práticas próprias do modelo de Redução de Danos, caracterizando um mosaico de concepções, valores e práticas no qual se tem de um lado a fundação do novo e, de outro, a manutenção do antigo, que de certa forma faz oposição ao novo e termina por configurar uma descaracterização das novas práticas em seus fundamentos mais originais. Soma-se a isso a pressão do socialmente esperado e um possível constrangimento das entrevistadas em ir contra uma proposta governamental.

Constatou-se ainda o pouco conhecimento sobre a RD por parte de algumas enfermeiras, atribuídos à incipiente discussão ainda na graduação. Adiciona-se a este fato, a quase que inexistente capacitação e educação permanente, segundo as enfermeiras entrevistadas presentes no serviço.

Diante disto, a formação de enfermeiros carece de desenvolver, não apenas a prática importantíssima em novos dispositivos (CR, CAPS, atenção básica com o enfoque de RD), mas conteúdos e estratégias que promovam a aprendizagem deste novo contexto de cuidar: a Redução de Danos, como um modelo interventivo na abordagem do uso prejudicial de drogas, de modo a fomentar a crítica e a reflexão dos futuros profissionais. Para que possa haver um preparo adequado do profissional é necessário que os cursos de graduação trabalhem melhor a problemática das drogas através de investimento nas pessoas, pesquisas e cursos de extensão, além da inserção da temática nas disciplinas da graduação.

Como qualquer outro campo de atuação da Enfermagem, a atenção à pessoa que faz uso de drogas requer qualificação e treinamento dos profissionais para que sejam capazes de identificar os problemas e realizar a intervenção de modo a otimizar a situação de vida do usuário. Processos de educação permanente nesta área devem privilegiar estratégias para manutenção da saúde da pessoa de modo a promover o seu bem estar e qualidade de vida e de proporcionar ao profissional a segurança e a certeza de uma prática em saúde humanizada, uma vez que não existem atenção e investimentos em mão única.

Muito precisa ser feito ainda para que se possa atingir uma assistência de enfermagem de qualidade para as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas. Espera-se, contudo, que os cursos de enfermagem despertem para relevância do problema e encarem a atenção a esses indivíduos como um campo em expansão para atuação do enfermeiro e possam desenvolver cada vez mais programas e atividades que despertem o interesse e preparem os futuros profissionais para atender essa clientela. Diante da relevância que o problema das drogas assume para saúde pública, considera-se que o preparo de profissionais de enfermagem para atuar junto a esta clientela deva ocorrer em toda a rede de saúde.

É necessário, ainda, que os gestores promovam capacitações aos profissionais de modo a garantir segurança na intervenção e nos cuidados prestados às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas.

Aspectos relacionados às condições de trabalho também foram expostos pelas participantes deste estudo. O pouco número de profissionais para a demanda extensa de usuários, o baixo salário, a falta de materiais para a construção dos grupos e a responsabilidade gerencial do serviço direcionada para as enfermeiras foram apontadas como fatores desestimulantes à prática de RD.

As enfermeiras demonstraram vontade e disposição para o desenvolvimento de práticas sob a lógica da RD. Para tanto, manifestam contar com o auxílio de profissionais qualificados, com um programa de capacitação adequado, planejamento das ações e suporte governamental: rede de serviços públicos e segurança para a realização do trabalho. Vê-se nestas ressalvas um apelo por melhorias nas condições de trabalho no CAPS e uma preocupação com a qualidade de vida dos profissionais.

O acervo pertinente à temática sobre drogas produzido pelos pesquisadores em geral, possui lacunas, não seria diferente em relação à enfermagem enquanto área específica. Por isso, certamente, informações deixaram de ser obtidas. Portanto, não se tem a pretensão de que este estudo esgote toda a produção da enfermagem sobre a RD. No entanto foi possível, a

partir deste estudo, entender que a RD possibilita a construção de um saber coletivo e de uma prática mais rica de possibilidades, além disso, ajuda a ampliar o olhar da atenção ao grupo familiar e ao contexto social tecendo resultados mais positivos do que aquele que reduz o sujeito a sua doença ou a substância que porventura utilize.

Este trabalho colaborou para o nosso crescimento pessoal e profissional, e conscientes de que a validade interna não nos permite a extrapolação de resultados a outras amostras, esperamos que este estudo possa contribuir para o enriquecimento da abordagem do tema e seja um ponto de partida para novos estudos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.G. **A reinvenção do ser enfermeira no cotidiano da Casa de Saúde Anchieta e Núcleos de Atenção Psicossocial**. Dissertação (mestrado em enfermagem). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;1995.

AGUIAR, Z.N. Processo de trabalho e algumas implicações para a saúde do trabalhador. In: Ribeiro MCS, organizador. **Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**. São Paulo (SP) p.13-27: Martinari; 2008.

ACSELRAD, G. A educação para a autonomia: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas. In: Acselrad G. (Org.) **Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 161-188, 2000.

ACSELRAD, G. A. Educação para Autonomia: construindo um discurso democrático sobre drogas. IN: Acselrad,G. **Avessos do Prazer: drogas, Aids e direitos humanos**. 2º ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.

ALVAREZ, S. Q. et al. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Rio Grande do Sul. v.33, n.2, p. 102-108, 2012.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.

ARMANI, T; CECCIM, R.B. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro; 23: 30-56, 2001.

BASTOS, F. I. Redução de danos e saúde coletiva: reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira. In: Sampaio CMA et al. **Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos**. Rio de Janeiro: ABORDA, 2003.

BENEVIDES, D. S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, SP. v.14, n.32, p. 127-138, 2010.

BEUTER, M. **Expressões lúdicas no cuidado: elementos para pensar / fazer a arte da enfermagem**. Tese (doutorado em enfermagem). Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2004.

BRASIL. MS. **Portaria n.º 336/GM** de 19 de fevereiro. Brasília, 2012.

BRASIL. MS. Coordenação Nacional de DST/ Aids. **Manual de Redução de Danos: saúde e cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MS. **Política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003.

BRASIL. MS. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 11/29. Brasília, 2004.

BRASIL. MS. **Portaria Nº 1.028/GM** de 1º de Julho. Brasília, 2005.

BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2. Ed. Brasília. 2006. 64p.

BRASIL. MS. Biblioteca virtual em Saúde. **Política Nacional de Humanização**/Ministério da Saúde. 1. Ed. Brasília. 2013.

CAPELLA, B. B. Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem. Pelotas: Universitária/UFPEL; 1996.

CARVALHO, M.M.L. **O enfermeiro na redução de riscos e minimização de danos: a percepção do toxicodependente**. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem). Portugal, 2010.

CARRARO, T. E.; RASSOOL, G.H.; LUIS, M. A.V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no Sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. **Rev Latino-am Enfermagem**. Setembro-outubro; 13(número especial):863-71 www.eerp.usp.br/rlae. Ribeirão Preto, SP, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: rev. De saúde coletiva*; 14(1): 41-65 Rio de Janeiro, 2004.

Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 08 de fevereiro de 2007. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf. > Acesso: 06/06/2014.

COPPEL, A.; DOUBRE, O. Drogues: risquer une question ; 29: 82- 85. **Vacarme**, 2004.

CONTE, M. A Clínica Psicanalítica com toxicômanos: o ‘corte & costura’ no enquadre institucional”, EDUNISC, 2004.

CRUZ, M. S. Práticas médicas, toxicomanias e a promoção do exercício da cidadania. In: Acselrad G. (org.) **Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos**. Rio de Janeiro: 233-244.Fiocruz, 2000.

DALL'AGNOL, C. M. et al. A noção de tarefa nos grupos focais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.33, n.1, p. 186-190, 2012.

DONATO, M.; ZEITONE, R.C.G. Reinserção do trabalhador alcoolista: percepção, limites e possibilidades de intervenção do enfermeiro do trabalho. Esc. Anna Nery **Rev. Enferm**; 10(3): 399-407, 2006.

FERNANDES, J. S. **Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2009.

GONÇALVES, S.S.P.M.; TAVARES, C.M.M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra- hospitalares. Dez; 11 (4): 586 - 92. Esc Anna Nery **Rev Enferm**, 2007.

GONÇALVES, S.S.P.M. **Atenção de enfermagem ao usuário de drogas no contexto dos serviços de atenção extra-hospitalares**. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Niterói (RJ): Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF, 2006.

KANTORSKI, L. P. et al. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. **R Enferm UERJ**, abr/jun; 15(2):210-7. Rio de Janeiro, 2007.

KANTORSKI, L.P. Utilização da Avaliação de Quarta Geração em um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev Gaúcha Enferm**. Mar; 30(1):131-5. Porto Alegre (RS) 2009.

KANTORSKI, L.P.; MIELKE, B. F.; JUNIOR, S. T. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 1, p. 87 105, mar./jun. 2008.

KANTORSKI, L. P. et al. Saberes e estudos teóricos em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 408-419, 2004.

KANTORSKI, L. P. Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana. **Texto Contexto Enferm**. Out-Dez; 21(4): 729-38. Florianópolis, 2012.

MARLATT, G. A. et al. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MEDEIROS, M. G.; SILVA, S. M da C. A ética, a moral e o direito: reflexões sobre a formação jurídica. **Orbis: Revista Científica**, Volume 2, n.3 p. 254. 2011. Disponível em: <<http://www.pergamum.udesc.br/dados/bu/000000/000000000000C/00000C6E.pdf>> Acesso: 06/06/2014.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

MINAYO, M. C. S (Org.). **O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde** - 11ª Ed. HUCITEC, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coordenação Nacional de Saúde Mental**. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ, 48 p. Brasília, setembro 2010.

OLIVEIRA, M. B. O. Expressão da codependência em familiares de dependentes químicos. **Rev. Min. Enferm.**;13(1): 49-56, jan./mar., 2009.

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

PETUCO, D.R.S.; MEDEIROS, R.G. **Redução de danos: dispositivo da reforma?** 2009. Disponível em: http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=340&cod_boletim=31. Acesso em: 03/01/2015.

PETUCO, D.R.S.; MEDEIROS, R.G. **Saúde mental, álcool e outras drogas**. Contribuição à IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. 2011.

PETUCO, D. R. S. **Visões D’ópio**. 2012. Disponível em: <http://denispetuco.blogspot.com.br/2012/08/visoes-dopio-por-joao-do-rio-1905.html>. Acesso em: 20/03/2015.

PINHO, P. H. et al. A reabilitação psicossocial no álcool e o tratamento de outros medicamentos: concepção dos profissionais. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v.43, n.2, p. 1261-1266, 2009.

PINHO, P. H. **Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a Reabilitação Psicossocial**. Dissertação (Mestrado em enfermagem)]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: AnnaBlume/CNTSS; 2008.

RAMOS, L. H. et al. O ensino sobre dependência química em cursos de graduação de enfermagem no Brasil. **Rev. Acta Paul Enfermagem**; 14 (3): 35 - 43. São Paulo, 2005.

RESOLUÇÃO 466 DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso: 06/06/2014.

RIBEIRO, M. C. S. Operacionalização das ações de saúde do trabalhador no cotidiano da enfermagem. In: Ribeiro, M. C. S. (org). *Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores*. São Paulo: Martinari, 2008.

RIGONI, R. Q. **Assumindo o controle: organizações, práticas e a experiência de si em trabalhadores da Redução de Danos na região metropolitana de Porto Alegre**. Dissertação (Mestrado em psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

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

ROOS, C. M. **Ações de redução de danos voltadas para usuários de drogas: uma revisão integrativa**. Dissertação (Mestrado em enfermagem). 96 f.: il. Rio Grande do Sul, 2011.

ROSA, M.G.; TAVARES, C.M.M. A temática do álcool e outras drogas na produção científica de enfermagem. Esc Anna Nery **Rev Enferm**; 12 (3): 549-54, Set, 2008.

SANTOS, V.E. **O objeto/sujeito da redução de danos : uma análise da literatura da perspectiva da Saúde Coletiva**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SANTOS, C; MARTINS, T; RODRIGUES-FERREIRA, T. Saúde e Qualidade de Vida: Contributos Teóricos. In C. Sequeira, C. Santos, M. Abreu, M. Sousa, & E. Borges, **Saúde e Qualidade de Vida: Estado da Arte** (pp. 15-27). Porto: NISQV- ESEP. 2009.

SILVA, D. C; ALVIM, N. A. T; FIGUEIREDO, P. A. **Tecnologias leves e cuidado em. Cuidado de Enfermagem**. 2008.

SILVA, M. G. et al . Processo de formação da (o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2010.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.91-104. 2005.

SIQUEIRA, D; SIQUEIRA B. G. **Educação e saúde no uso e abuso de álcool e drogas: a prevenção e a redução de danos**. In: Luis MAV, Santos MA. *Uso e abuso de álcool e drogas*. Ribeirão Preto (SP): Editora Legis Summa; p.219-222, 2000.

SIQUEIRA, D. **A política de Redução de Danos no Brasil e os direitos fundamentais do homem**, 2013. Disponível em <http://ulbra.to.br/encena/2013/01/23/A-politica-de-Reducao-de-Danos-no-Brasil-e-os-direitos-fundamentais-do-homem> . Acesso em 21/12/2014.

SODELLI M. A. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciênc. saúde coletiva**, 15(3): 637-644. 2010.

SOUZA, A. C. et al. Educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147 – 153. 2005.

SPRICIGO, J.S.; ALENCASTRE, M.B. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas: um estudo em biguaçu (SC). **Ver Latino am Enfermagem**; 12(n esp): 427- 32, mar/abr 2004.

SPRICIGO, J.S.; CARRARO, T.E.; CARTANA, M.H.F. Atenção ao usuário de drogas: um espaço para o enfermeiro. **Texto&Contexto**. Enferm13(2): 296-302, abr/jun 2004.

THUMS, J. **Acesso a Realidade**. 3ª ed. Editora Ulbra, 2003.

VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da cidadania, Empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

1. Dados de Identificação

Pseudônimo

escolhido: _____

Idade: _____

Tempo _____ de

formação: _____

Tempo _____ de

serviço: _____

Pós-

Graduação: _____

2. Perguntas norteadoras:

1. Você poderia me descrever, em detalhes e com suas próprias palavras, como enfermeiro atua neste serviço?
2. Quais as práticas/ações que desenvolve todos os dias?(reforça primeira)
3. Dentre estas práticas tem alguma que você reconhece como redutora de danos? Poderia justificar por quê?
4. A estratégia de redução de danos era conhecida por você antes de trabalhar com pessoas que usam drogas? Como a conheceu?
5. Como você vem incorporando a redução de danos em sua prática diária aqui neste serviço?
6. O que você percebe que muda em sua prática ao se guiar pela redução de danos?
7. Percebe repercussões junto às pessoas que usam drogas? Poderia exemplificar?
8. Para você quais fatores favorecem e quais produzem obstáculos para desenvolver redução de danos neste serviço?
9. Em sua opinião, quais as práticas que o enfermeiro deste serviço poderia ainda desenvolver sob o enfoque da redução de danos?

APÊNDICE B – Roteiro de Observação Sistemática

1ª etapa: Descritiva

Data da observação:

Horário de início da observação:

Horário de término da observação:

1. Ação que está sendo observada:
2. Propósito da atividade (segundo o enfermeiro que a realiza):
3. Descrição minuciosa da atividade:
4. Local e estrutura física em que a ação está sendo realizada (descrição):
5. Formas de agir e falar do sujeito/participante observado:
6. Fatores imprevistos ocorridos:

2ª etapa: Reflexiva

1. Observações pessoais acerca da ação, do local e da interação (impressões favoráveis e desfavoráveis)
2. Enfoque da ação segundo percepção do pesquisador
3. O que o pesquisador aprendeu com o enfermeiro assistindo a esta ação

ANEXO A

PORTARIA Nº 1.028, DE 1º DE JULHO DE 2005.

Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando que cabe ao Ministério da Saúde regulamentar as ações destinadas à redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, conforme os termos do art. 12, inciso II, da Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002;

Considerando as diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras Drogas;

Considerando as recomendações produzidas pelo Grupo de Trabalho Interministerial relacionado à política específica sobre bebidas alcoólicas, criado por intermédio do Decreto Presidencial do dia 28 de maio de 2003;

Considerando que as intervenções de saúde dirigidas aos usuários e dependentes de álcool e outras drogas devem ser ampliadas e estar baseadas na melhoria da qualidade de vida das pessoas;

Considerando a urgência de diminuir os índices da infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas injetáveis; e

Considerando o crescente consumo de bebidas alcoólicas entre jovens e os acidentes de trânsito decorrentes do uso desta substância, resolve:

Art. 1º Determinar que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.

Art. 2º Definir que a redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como

objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo.

Art. 3º Definir que as ações de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, compreendam uma ou mais das medidas de atenção integral à saúde, listadas a seguir, praticadas respeitando as necessidades do público alvo e da comunidade:

I - informação, educação e aconselhamento;

II - assistência social e à saúde; e

III - disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites.

Art. 4º Estabelecer que as ações de informação, educação e aconselhamento 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 sexuais.

§ 1º São conteúdos necessários das ações de informação, educação e aconselhamento:

I - informações sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;

II - desestímulo ao compartilhamento de instrumentos utilizados para consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;

III - orientação sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda (“overdose”);

IV - prevenção das infecções pelo HIV, hepatites, endocardites e outras patologias de padrão de transmissão similar;

V - orientação para prática do sexo seguro;

VI - divulgação dos serviços públicos e de interesse público, nas áreas de assistência social e de saúde; e

VII - divulgação dos princípios e garantias fundamentais assegurados na Constituição Federal e nas declarações universais de direitos.

§ 2º As ações de informação, educação e aconselhamento devem, necessariamente, ser acompanhadas da distribuição dos insumos destinados a

minimizar os riscos decorrentes do consumo de produtos, substâncias e drogas que causem dependência.

Art. 5º Estabelecer que a oferta de assistência social e à saúde, na comunidade e em serviços, objetive a garantia de assistência integral ao usuário ou ao dependente de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.

Parágrafo único. São ações necessárias na oferta de assistência social e à saúde, quando requeridas pelo usuário ou pelo dependente:

I - o tratamento à dependência causada por produtos, substâncias ou drogas;

II - o diagnóstico da infecção pelo HIV e o tratamento da infecção pelo HIV e da AIDS;

III - a imunização, o diagnóstico e o tratamento das hepatites virais;

IV - o diagnóstico e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST); e

V - a orientação para o exercício dos direitos e garantias fundamentais previstos na Constituição Federal e quaisquer outros relativos à manutenção de qualidade digna da vida.

Art. 6º Definir que as estratégias de redução de danos incluam a disponibilização de insumos de prevenção ao HIV/Aids e as estratégias da saúde pública dirigidas à proteção da vida e ao tratamento dos dependentes de produtos, substâncias e drogas que causem dependência.

Art. 7º Estabelecer que as iniciativas relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas sejam incluídas nas estratégias de redução de danos, dados os agravos relacionados a esta substância na população geral e que devam ser articuladas intersetorialmente de forma a potencializar os efeitos de promoção à saúde.

Art. 8º Definir que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em todos os espaços de interesse público em que ocorra ou possa ocorrer o consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, ou para onde se reportem os seus usuários.

Parágrafo único. As disposições desta Portaria aplicam-se no âmbito do sistema penitenciário, das cadeias públicas, dos estabelecimentos educacionais destinados à internação de adolescentes, dos hospitais psiquiátricos, dos abrigos, dos estabelecimentos destinados ao tratamento de usuários ou dependentes ou de quaisquer outras instituições que mantenham pessoas submetidas à privação ou à restrição da liberdade.

Art. 9º Estabelecer que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em consonância com a promoção dos direitos humanos, tendo especialmente em conta o respeito à diversidade dos usuários ou dependentes de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.

§ 1º Em todas as ações de redução de danos, devem ser preservadas a identidade e a liberdade da decisão do usuário ou dependente ou pessoas tomadas como tais, sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento.

§ 2º A contratação de pessoal para o trabalho com redução de danos, de que trata esta Portaria, deve dar prioridade aos membros da comunidade onde as ações serão desenvolvidas, observadas, no âmbito da Administração Pública, as normas de acesso a cargos ou empregos públicos, levando-se em conta principalmente o acesso à população alvo, independentemente do nível de instrução formal.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A REDUÇÃO DE DANOS NA PRÁTICA DE ENFERMEIROS EM CONSULTÓRIO NA RUA E CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E OUTRAS DROGAS.

Pesquisador: Camila da Paz Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35743814.6.0000.5013

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem e Farmácia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 807.033

Data da Relatoria: 25/09/2014

Apresentação do Projeto:

Ao considerar a complexidade e magnitude que o consumo abusivo de substâncias psicoativas representa no Brasil, a atenção à saúde de pessoas que fazem uso de drogas se defronta com significativas lacunas assistenciais. Em um cenário marcado pela predominância de um modelo de atenção que admite a abstinência como meta terapêutica exclusiva, o setor saúde alinha-se ao discurso emergente da abordagem de redução de danos e, em conformidade com o processo de reforma psiquiátrica, preconiza um modelo de atenção à saúde do usuário de substâncias psicoativas de base comunitária. Neste contexto de atenção em saúde, a redução de danos vem sendo apontada como estratégia de intervenção em que a singularidade e o direito da pessoa são preservados e, tem estado presente nos discursos e falas de enfermeiros que atuam nos serviços de saúde mental, indicando forte tendência de incorporação desta estratégia na sua prática cotidiana junto a pessoas que usam drogas. Com o objetivo de apreender como a estratégia de redução de danos tem sido incorporada por enfermeiros do Consultório na Rua e do Centro de Atenção Psicossocial Alcool e outras drogas foi concebido este projeto de pesquisa com abordagem qualitativa e caráter exploratório, em que a fala e o significado dos participantes dado ao fenômeno estudado são priorizados. Os sujeitos participantes serão os enfermeiros que atuam nestes dois cenários. A coleta de informações se dará por triangulação dos dados através de:

Endereço: Campus A - C Simões Cidade Universitária

Bairro: Tabuleiro dos Martins

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

Fax: (82)3214-1700

E-mail: comitedeticasufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 007/033

entrevista semiestruturada com roteiro previamente estabelecido; observação sistemática, não participante, individual e registros em diário de campo; sendo acatados os critérios éticos de pesquisa com seres humanos. A organização dos dados será realizada através das categorias emergidas que guardem correlação com os objetivos pré-estabelecidos, respeitando-se as orientações da técnica de análise de conteúdo. Os referenciais teóricos que subsidiarão a análise serão os trabalhos de Soares e os de Redução de Danos expostos na Associação Brasileira de RD e UNIFESP (2003) e artigos atuais acerca de concepções sobre RD. Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para subsidiar as discussões sobre o cuidado e formação de enfermeiros voltada as pessoas e familiares que vivenciam esta problemática.

Objetivo da Pesquisa:

Apreender como a estratégia de redução de danos tem sido incorporada por enfermeiros do Consultório na Rua e do Centro de Atenção Psicossocial Alcool e outras drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos oferecidos pela pesquisa são de mínimo desconforto quando do momento de aplicação da entrevista ou mesmo após a realização desta. O profissional pode apresentar sentimento de tristeza ou arrependimento e até mesmo emoção ao refletir sobre as suas vivências. Em caso de necessidade o próprio serviço dará o suporte necessário, já que existem psicólogos de prontidão tanto na equipe multiprofissional do CAPS Ad quanto na equipe do Consultório na Rua.

Benefícios:

A pesquisa possibilitará apreender a prática em RD desenvolvida por profissionais enfermeiros podendo servir como uma análise inicial, assim como clarificar como está sendo guiada a prática nos serviços de atenção às pessoas que usam drogas. A pesquisa pode ainda despertar o profissional para uma escolha consciente de tecnologias e Instrumentos de trabalhos que preservem a vida e a dignidade das pessoas que fazem uso de drogas e trazer consciência crítica ao trabalho que vem sendo desenvolvido. É importante considerar o papel desempenhado pelos profissionais de saúde frente às arquiteturas que perpassam as práticas de políticas públicas que envolvem o uso de drogas. Deste modo, estes profissionais desempenham um papel de destaque em relação à busca de promoção, prevenção, redução de danos e reinserção social dos indivíduos, uma vez que, o seu cotidiano de trabalho está envolvido por grupos alvos do uso destas substâncias (LOPES; LUIS, 2005).

Endereço: Campus A - C Simões Cidade Universitária

Bairro: Tabuleiro dos Martins

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

Fax: (82)3214-1700

E-mail: comitedeticoufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 807/033

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para área que se propõe.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados respeitando as recomendações éticas da Resolução 466/12.

Neste parecer foram analisados os seguintes documentos:

- Informações básicas do projeto
- Projeto completo
- Declarações
- Autorização de pesquisa
- TCLE
- Roteiros
- Solicitações

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Presente projeto acata as recomendações éticas da Resolução 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MACEIO, 25 de Setembro de 2014

Assinado por:
Daise Julliana Francisco
(Coordenador)

Endereço: Campus A - C Simões Cidade Universitária
Bairro: Tabuleiro dos Martins CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 Fax: (82)3214-1700 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com