



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Redução de Danos

GABRIELA DA SILVA PIRES

Brasília – DF

2015

GABRIELA DA SILVA PIRES

Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Redução de Danos

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade de Brasília – UnB, campus Darcy Ribeiro como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Orientadoras: Profa. Dra. Maria Aparecida Gussi

C0-orientadora: Profa. Dra. Maria da Glória Lima

Brasília – DF

2015

GABRIELA DA SILVA PIRES

Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Redução de Danos

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em enfermagem, apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade de Brasília – UnB, Campus Darcy Ribeiro.

Profa. Dra. Maria Aparecida Gussi
Orientadora
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Maria da Glória Lima
Co-orientadora
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Margarete Marques Lino
Membro efetivo
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Keila Cristiane Trindade da Cruz
Membro suplente - Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
2. QUADRO TEÓRICO	03
2.1 Atenção Primária na Redução de Danos	03
2.2 Redução de Danos	05
3. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	08
4. OBJETIVOS	09
3.1 Objetivos Gerais	09
4.2 Objetivos Específicos	09
5. METODOLOGIA	09
5.1 Tipo de estudo/ Descrição do instrumento	09
5.2 Sujeitos do Estudo	10
5.3 Campo do Estudo	10
5.4 Procedimento para coleta de dados/ Técnicas de Investigação	10
5.5 Estratégias de análise	12
5.6 Considerações éticas	12
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
6.1 Caracterização dos Entrevistados e das Unidades de Saúde	13
6.2 Análise qualitativa	17
7. O QUE FOI APREENDIDO COM ESSA PESQUISA	25

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária se insere no modelo de saúde mental a partir da Declaração de Caracas, adotada pela Organização Mundial de Saúde em 1990, que coloca a institucionalização como um meio de isolamento e não de reinserção social de qualquer portador de doença mental e coloca a Atenção Primária em Saúde (APS) como também cuidadores por interligar o portador de doença mental à comunidade. Este novo modelo de assistência, reafirmado pela Reforma Psiquiátrica visa o tratamento do portador de doença mental como cidadão possuidor de direitos civis e humanos, e que, além disso, ele deve ter uma nova rede de apoio bastante integrada com a comunidade para que ele consiga se inserir melhor na sociedade. A APS tem como uma de suas metas detectar os casos de doenças mentais dentro da comunidade com o apoio da ESF. O foco desse trabalho é a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Redução de Danos.

Dentro da Atenção Primária em Saúde temos a Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem equipes compostas no mínimo por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), onde o último tem algumas atribuições específicas: desenvolver ações que integrem a comunidade com a equipe de saúde; estar em contato com as famílias desenvolvendo ações educativas de promoção e prevenção em saúde; orientar as famílias quanto aos serviços de saúde disponíveis; acompanhar, por meio das visitas domiciliares, todas as famílias; entre outros. (BRASIL, 2007)

Por meio das atividades atribuídas aos ACS pode-se dimensionar a maneira como eles inserem na ESF e, a partir disso, traçar sua importância dentro da equipe para o auxílio com a redução de Danos. Primeiramente, suas atribuições incluem: auxiliar os profissionais quanto à orientação sobre prevenção e promoção de saúde e detectam usuários da comunidade que não estão aptos a buscar o serviço, levando a demanda para o resto da equipe ou para o Centro de Saúde de referência. Na perspectiva da Redução de Danos o ACS pode atuar detectando o usuário e fortalecendo o vínculo com ele e com a família, sem discriminar o uso e buscando sempre trazê-lo o mais perto possível do serviço de saúde, promovendo saúde e prevenindo maiores agravos, que é o objetivo da Redução de Danos (ONG Viva Rio, 2011).

A Redução de Danos como política pública começou na Inglaterra na década de 20 com a prescrição de drogas para usuários de substâncias psicoativas com objetivo de reduzir os sinais e sintomas na crise de abstinência. Mais tarde, na década de 80, a alta prevalência de pessoas contaminadas com vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que aumentou consideravelmente os casos da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS), levou vários países a adotar a redução de danos por meio da troca de seringas compartilhadas no uso de substâncias psicoativas injetáveis como medida protetiva a essa contaminação. Essa medida teve como premissa o fato de que uma boa parte das contaminações pelo HIV se dava através do compartilhamento de seringas e agulhas, aumentando a incidência desses casos e o risco para a comunidade que interagia com estas pessoas, além do risco para o próprio indivíduo, assim criou-se os primeiros postos de trocas e distribuição de seringas e agulhas na Inglaterra e Holanda como meio de prevenção à AIDS. (BRASIL, 2011)

A Redução de Danos no Brasil começa sem respaldo político em 1989 em Santos – SP com os Postos de Trocas de Seringas (PTS), como medida de prevenção a doenças como AIDS e Hepatite B e a prática vai se multiplicando em cidades do Sul e Nordeste, sendo então apoiadas pela Secretaria Estadual de Saúde de cada estado que percebe a necessidade desse programa. Em 2006 a lei 11.343 coloca em seu 20º artigo: “Constituem atividades de atenção, ao usuário dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas”, colocando então a Redução de Danos como estratégia para este usuário específico. (BRASIL, 2011).

O interesse pelo tema surgiu a partir do contato com os kits para o uso da cocaína em aulas de Saúde Mental voltadas para a Saúde Coletiva, persistiu devido à peculiaridade do assunto, que mesmo sendo tratado de forma bastante abrangente, ainda é mal interpretado e colocado no senso comum como um pretexto para induzir o consumo de drogas de forma deliberada e aumentar a incidência de dependentes químicos. Essa noção é reforçada por Souza (2013) como uma disseminação de uma guerra às drogas, iniciativa dos Estados Unidos que veio ao Brasil como uma “demonização” das drogas e com estes estigmas estabelecidos, o profissional pode criar certa resistência em trabalhar.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre Redução de Danos, considerando que ACS passam mais tempo em contato com os usuários, tanto dentro das Unidades de Saúde como nas visitas domiciliares e essa política pode ser importante para a prática da profissão.

2. QUADRO TEÓRICO

2.1 Atenção Primária em Saúde

Quando se fala sobre Atenção Primária não se pode ignorar o histórico que levou a implementação da Reforma Psiquiátrica e ao conseqüente envolvimento desse serviço na atenção à Saúde Mental e a usuários de álcool e outras drogas. A Declaração de Caracas é a precursora do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que ganha articulação legal através da Lei 9.867 de 10 de novembro de 1999, que coloca que os portadores de doença mental devem estar inseridos em algum tipo de trabalho assistido que os permita levar uma vida mais engajada socialmente. (BERLINCK, et. al., 2009).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil está postulada na lei 10.216 de 6 de abril de 2001 colocando que todos os portadores de transtornos mentais tem direito a serem tratados sem preconceito, com acesso aos serviços de saúde, sendo que internações só podem ser compulsórias (por ordem de um juiz), voluntária ou involuntária, mas com pedido de terceiro que se responsabilizará pelo tratamento. Ela também diz que o acesso aos serviços tem que ter por objetivo ajuda-lo a se reinserir socialmente para que leve uma vida sem ser estigmatizado por conta da doença.

A Reforma tem como princípio básico a desinstitucionalização de pacientes portadores de doenças mentais por haver evidência de maus tratos, violência, isolamento deles, não havendo inserção dos mesmos na sociedade e a prática da desinstitucionalização não descarta o uso de hospitais, mas vem como uma necessidade de reformulação política, social, cultural, ética e ideológica (IGLESIAS e AVELLAR, 2014).

Considerando o cenário da APS, as Equipes de Saúde da Família, que são compostas de profissionais de um Centro de Saúde como Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Médicos, Dentistas, etc, tem como objetivo identificar e acolher o portador de doença mental e referenciá-lo aos serviços de apoio (PRATES et. al., 2013).

Estes serviços de apoio ganharam a denominação pelo Ministério da Saúde de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que proporcionam ao usuário apoio especializado em saúde e no aspecto social, esta rede compreende: Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio em Atenção Básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), Unidades de Acolhimento e Serviços Residenciais Terapêuticos, além das Comunidades Terapêuticas (LONDERO, et. al., 2014).

É atividade da APS de não só detectar os usuários como também fazer um mapeamento das necessidades de saúde de casa usuário, identificar conflitos, coordenar cuidados e sempre se manter perto de onde está a família para que o contato com quem cerca o usuário não seja perdido ou algo distante da realidade dos profissionais de saúde a ponto deles não conseguirem realizar um trabalho de atenção integral à ele com a presença de elementos que favoreçam a adesão ao tratamento do usuário de álcool e outras drogas e da compreensão da sua família não só para se informar e participar do tratamento planejado, mas também para se inserir num contexto em que se compreenda que nem sempre o usuário vai optar pela abstinência no tratamento da sua adicção (BRASIL, 2013). A rede de atenção integrada, segundo Brasil 2004b é uma política que tem como diretrizes:

“[...] a atenção integral à saúde de consumidores de álcool e outras drogas (prevenção; promoção e proteção); modelos de atenção psicossocial, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e redes assistenciais; além da padronização de serviços de atenção ao usuário de drogas”.

Andrade (2011) faz uma crítica ao modelo da Atenção Primária em Saúde associada à Redução de Danos falando sobre as Equipes de Saúde da Família (ESF) associadas às Unidades Básicas de que são os responsáveis pela detecção de casos de usuários de álcool e drogas, mas eles não são engajados ainda na prática da política justamente por não conhecê-la o suficiente para saber o que ela traz e quando se familiariza traz consigo uma grande carga de conhecimento de senso comum sobre o usuário de drogas. Esse tipo de prática desfavorece a procura do serviço de saúde, pois não faz com que o usuário se sinta acolhido, mas sim num ambiente hostil em que a prática que ele faz regularmente é algo condenável e toda essa problemática só reforça o pensamento do senso comum de que o usuário de álcool e outras drogas não quer buscar o tratamento.

A partir do conteúdo lido, pode-se concluir que a Atenção Primária em Saúde desde a Reforma Psiquiátrica, vem ganhando mais destaque com relação à detecção e ao suporte de assistência ao portador de doenças mentais. O matriciamento, que surgiu em 2003, vem como uma estratégia de apoio entre a equipe de referência e contrarreferência, que visam a integração entre as equipes especializadas em saúde mental e as equipes de atenção primária onde há troca de saberes e discussão de casos sobre os usuários que procuram o serviço, promovendo uma transição do modelo biomédico para um modelo biopsicossocial. Essa integração entre as equipes requer um envolvimento em que os profissionais não ajam a partir de um pré-conceito da pessoa portadora de doença mental. O trabalho é feito de maneira penetrável, pois por mais que o usuário não esteja presente no momento da discussão do seu caso, ele fica a par de tudo que se fala e todas as medidas que foram discutidas para que ele seja tratado da melhor forma possível.

2.2 Redução de Danos

Segundo a Associação Internacional de Redução de Danos (International Harm Reduction Association 2010), Redução de Danos (RD) é:

“Redução de danos é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas.”

Sobre o panorama do início da Redução de Danos, os primeiros projetos de troca e distribuição de seringas desenvolvidos na década de 80 na Inglaterra e na Holanda teve uma grande participação dos usuários de drogas injetáveis e usuários de outras drogas, que exigiam seu direito de prevenção e proteção, para que fosse levado a sério. Em Amsterdã, esses grupos exigiram do governo o direito de acesso a agulhas e seringas para que as doenças que podem ser por contaminação sanguínea não fossem disseminadas e não tornadas um problema de saúde pública. Após a negação do pedido pelo governo por alegar que o material contaminado ainda assim ficaria exposto para a

comunidade, eles encontraram como solução esses centros de troca e distribuição supracitados. (BRASIL, 2011)

No Brasil, as iniciativas para a Redução de Danos começou em 1989 na cidade de Santos – SP e foi se disseminando para outras cidades e sendo regulamentada nelas, servindo como uma alternativa para usuários que não queriam ou não praticavam a abstinência. Estas práticas eram restritas a usuários de drogas injetáveis (UDI) e não para a população geral de dependentes de outras drogas e do álcool. Em 2003 as ações de Redução de Danos foram estendidas para outras drogas que não as injetáveis e passa a fazer parte da Política do Ministério da Saúde para atenção integral a Usuários de Álcool e outras drogas e assim começa o processo de combate ao que é chamado de guerra às drogas, que já foi mencionada na introdução e consiste em uma disseminação de conhecimentos equivocados sobre a política e sobre a drogadição. (PASSOS e SOUZA, 2011).

Ao longo dos tempos, percebe-se que se criou uma regra de maior tolerância e não de proibição com relação à Redução de Danos, mas ainda existe um conceito equivocado de que a política tem como única prática a troca de seringas e agulhas e não todo o extenso trabalho com outras drogas. Os trabalhos que vão além dos usuários de drogas injetáveis e que apresentavam um risco de saúde pública são pouco disseminados pelas mídias sociais e, portanto ficam marginalizados dentro da redução de danos, isso pode se dever ao fato da iniciativa de “guerra às drogas” ainda ser muito presente na mídia e sempre colocar a droga como uma substância associada à pessoas de mau caráter. (SOUZA, 2013)

Esse quadro de “guerra às drogas”, citado por Souza (2013) é explicado por Passos e Souza (2011) como uma caracterização que faz uma separação de países consumidores, produtores e exportadores de drogas, tendo como objetivo cortar essas diferentes práticas, sendo que elas são mais comuns em áreas periféricas e de países em desenvolvimento ou menos ricos, ou seja, é uma tática também de isolamento social das pessoas que não tem tanto poder aquisitivo, que impõem esse tipo de pensamento, das pessoas que criam esse tipo de iniciativa de combate. No Brasil o contexto desta guerra começa a partir do fim do período ditatorial, onde se constrói pelos militares uma rede bélica no centro de lideranças democráticas que reprimam novas democracias ascendentes, no quesito de combate às drogas, em 1999 cria-se a Secretaria Nacional

Antidrogas que se submetia a Casa Militar da Presidência de República, dando liberdade aos militares para reprimir com violência o trafico de drogas que crescia exponencialmente em cidades periféricas.

Quando a primeira medida de Redução de Danos foi tomada em Santos (1989) com os postos de troca de seringas e agulhas, o secretário municipal de saúde sofreu uma ação judicial sendo acusado de incentivar o uso de drogas e a cidade foi estigmatizada como cidade da AIDS, evidenciando o choque do pensamento conservador que buscava reprimir as drogas e os pensamentos mais progressistas de Redução de Danos. O Estado e a Redução de Danos estão em embate constante por terem ideias diferentes, principalmente quando as duas propõem dois tratamentos diferentes para um mesmo problema e mesmo com o sancionamento da Lei 11.343/2006, ainda existe um pensamento muito cravado de que o tratamento ideal é o da abstinência na cabeça de instituições com poderes de disseminação de informação como a Igreja e a própria Psiquiatria (PASSOS e SOUZA, 2011).

Para cada diferente usuário, existe estratégias de Redução de Danos. Nos usuários de drogas injetáveis (UDI), a troca e distribuição do material é essencial, juntamente com a ação dos Redutores de Danos, que normalmente são ex-usuários que conhecem os meios de consumo e tem contato com outros usuários. Os Redutores de Danos também tem orientação de diferentes profissionais de saúde de Unidades Básicas de Saúde (UBS), que normalmente são referências da Rede de Atenção. Para usuários de drogas ingeridas (benzodiazepínicos, analgésicos, anfetaminas etc) as estratégias são informações para o usuário sobre os efeitos dessas drogas e a regulação e fiscalização da prescrição e compra das mesmas. No caso de usuários de drogas aspiradas (cocaína e solventes), existe um kit específico para usuários de cocaína que tem um folheto explicativo do uso correto e materiais como canudos e antissépticos para limpar e manter a mucosa da narina íntegra, no caso dos solventes, recomenda-se que se procure um serviço de saúde em caso de mal-estar psíquico e que não faça uso da substância sem acompanhante, para haver alguém para procurar ajuda, caso haja uma complicação. Usuários de drogas fumadas é importante que eles tenham todas as informações sobre os efeitos da droga utilizada, encoraja-se que eles migrem para uma droga que cause menos efeitos danosos ao organismo, no caso do crack, existe um kit específico para o

seu uso que contém para o uso da droga cachimbos específicos e alguns têm protetor para evitar rachadura e transmissão de outras doenças (BRASIL, 2011)

Para o álcool as estratégias são aplicadas com o objetivo de se alcançar metas de consumo moderado, em locais que não induzam a violência tanto do consumidor do álcool como de outras pessoas com ele, recomenda-se um planejamento de gastos, de pessoas com quem ele bebe e que podem influenciar no consumo para que ele não extrapole e, além disso, também recomenda-se que ele sempre faça um planejamento com uma carona para casa ou com gastos para um táxi ou outro meio de transporte que o leve de volta para casa. (BRASIL, 2004)

Portanto, pode-se colocar a Redução de Danos como uma política relativamente nova, mas que já tem respaldo legal e fornece meios de lidar com o usuário de drogas de uma maneira diferente que não necessariamente quer que ele se abstenha do uso. Ela ainda não é divulgada por uma mídia social, mas com o tempo espera-se que essa mentalidade de guerra às drogas vá desaparecendo e dando espaço para uma mentalidade de mais tolerância e compreensão da Redução de Danos.

3. JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Souza (2013) coloca a política da Redução de Danos como algo que ainda é muito distorcido de forma que as pessoas não acreditam que o portador de dependência química não deseja se abster eventualmente de usar a droga, de reduzir seu consumo ou de trocar o que ele faz uso contínuo para outra que causa menos danos, além disso ainda existe quem coloca os usuários de droga como pessoas sem valores,. Como esses conceitos ainda não foram desconstruídos há uma propensão de gerar uma resistência entre os profissionais de saúde para trabalhar com a política e com as estratégias da Redução de Danos. Essa fala sobre a resistência é reforçada pela pesquisa de Järvinen (2008) com o programa de Redução de danos com o uso da metadona onde os profissionais de saúde relataram que o tratamento era um paliativo e não uma cura, mostrando também descrença com relação à meta final que era a da abstinência. Esse tipo de percepção é feita com relação a trabalhadores que tem algum tipo de especialização no campo da saúde mental, mas os profissionais da APS que podem

compor a ESF que não apresentam nenhum tipo de especialização não são entrevistados sobre suas percepções sobre o assunto, justificando esta pesquisa.

Como uma das iniciativas da política é distribuir material próprio para o consumo da droga, reduzindo os riscos que um uso equivocado pode trazer e, além disso, orientar o usuário com relação ao uso e a outras práticas saudáveis como o sexo seguro, essa prática não é realizada apenas no campo onde o Redutor de Danos está presente, ela poderia ser feita em centros de saúde, mas os usuários de drogas injetáveis relatam se sentir discriminados pela equipe de saúde. (BRASIL, 2011)

Portanto, existe algum tipo de preconceito vindo de dentro da equipe de saúde e, considerando que dentro da Atenção Primária, o maior contato se dá com o Agente Comunitário de Saúde, que também está inserido na comunidade, pode-se imaginar que o problema se encontra nesse núcleo, justificando a necessidade desta pesquisa.

4. OBJETIVOS DA PESQUISA

4.1 Objetivos Gerais:

Conhecer a concepção dos ACS sobre a estratégia de redução de danos para usuários de álcool e outras drogas.

4.2 Objetivos Específicos:

Evidenciar quais elementos acerca das estratégias de redução de danos que compõe o universo dos ACS no cotidiano do trabalho a concepção.

Investigar como as concepções evidenciadas se materializam em forma de ação na assistência ao usuário de droga.

Apresentar e discutir com as equipes dos ACS entrevistados os resultados obtidos e possíveis intervenções.

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de Estudo/ Descrição do Instrumento

Trata-se de um estudo qualitativo que teve como objetivo conhecer a concepção dos Agentes Comunitários de Saúde a partir da significação que eles fazem da Redução de Danos e como estas estão incorporadas no seu trabalho e na assistência prestada ao usuário de droga.

Segundo Duarte (2002) a pesquisa qualitativa tem por objetivo a análise de um estudo de campo em que nos são dadas informações através de entrevistas semiestruturadas ou estruturadas com vista a fazer uma análise do conteúdo expresso pelo entrevistado. Embora os conteúdos expressos sejam pessoais, eles nos permitem apoderar de um conjunto de idéias que possibilita construir um saber amplo sobre o problema delineado.

A pesquisa é um recorte do projeto “Formação dos agentes comunitários de saúde nas ações preventivas ao uso indevido de drogas mediado por tecnologias da informação, educação e comunicação”.

5.2 Sujeitos da Pesquisa

A pesquisa foi realizada com Agentes Comunitários de Saúde inseridos na Estratégia Saúde da Família.

5.3 Campos do Estudo

Os ACS entrevistados estão vinculados nas Unidades Básicas de Saúde das cidades do Paranoá, Itapoã e São Sebastião.

5.4 Procedimento para coleta de dados/ Técnicas de Investigação

Antes de formular o instrumento para coleta de dados foi feito contato com Redutores de Danos que trabalham com esse referencial em Brasília, um Psicólogo membro integrante do Consultório na Rua e com uma das responsáveis pelo Programa

de Redução de Danos/SES para entrar delimitar o universo da investigação na voz de pessoas que atuam com essa estratégia.

Durante essa entrevista foi perguntado sobre o trabalho em campo e como eles lidavam com a assistência com os usuários e percebeu-se que todos tinham conhecimento vasto da rede de apoio e tinham diversas estratégias para lidar com os usuários, principalmente em situação de trabalho na rua. Foi me dado o material de distribuição pública sobre o assunto, cujo conteúdo foi feito baseado nas falas dos usuários que eram trazidas para o Redutor de Danos. Esse material foi uma forma mais acessível de obter a informação sobre a política e fugia da produção mais acadêmica que estava acostumada a ler.

A conversa com os redutores de danos contribuiu para modificar minha visão e adentrar em um meio diferente do acadêmico, ir para um campo de trabalho onde as coisas não eram feitas como havia idealizado. Também fez mudar minha percepção sobre quão difícil era a profissão de lidar com os usuários de droga e nem sempre ser compreendido pelo resto da sociedade como um agente que estava tratando ali de saúde pública, além de quebrar também um pouco do preconceito que eu tinha com relação ao trabalho e à receptividade do usuário de droga.

Com relação ao Consultório de Rua ficou claro que o trabalho é denso e o quantitativo de pessoas é insuficiente, realidade igual para os Redutores de Danos. Foi percebido que atendiam o usuário de droga fornecendo os recursos disponíveis na rede da saúde e da assistência social para que se tenha uma boa qualidade de vida. Percebi também a aplicação da Redução de Danos em outros aspectos da saúde, em relação a higiene, alimentação dentre outras orientações que são feitas.

Na Secretaria de Saúde existem três funcionários responsáveis pelo Programa de Redução de Danos e estes enfrentam entraves políticos para manutenção das equipes de Redutores de Danos.

Posterior à conversa com esses profissionais foi construído o instrumento de coleta de dados, na forma de entrevista semiestruturada com perguntas disparadoras, condizente com os pressupostos da estratégia da redução de danos.

As entrevistas com os ACS foram feitas em seu lugar de trabalho, mediante contato prévio com gerentes das UBS.

Após a leitura e assinatura do TCLE, as entrevistas foram gravadas, transcritas, enumeradas de ACS 1 a ACS 12. Para análise textual foi preparado corpus de acordo com o exigido para submissão ao software Alceste.

5.5. Estratégias de análise

Para a análise das transcrições foi utilizado o software Alceste, que faz análise de dados textuais e tem por objetivo encontrar a essência do conteúdo, ou seja, extrai-se do corpus submetido o significado e faz-se uma classificação lexical a partir de sequências textuais.

No corpus do texto foram colocadas variáveis pertinentes aos resultados da pesquisa, como sexo, idade, escolaridade, religião e tempo de trabalho. Por meio do corpus que consiste em juntar todas as entrevistas, a análise do software agrupa por grupos lexicais e cria a partir deste, classes que definem temas centrais pertinentes à análise.

Para análise, foi utilizado o dendograma e os fragmentos do conjunto dos discursos com maior prevalência extraídos por meio do software ALCESTE e a leitura e a releitura das entrevistas.

5.6 Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal, parecer nº 187210 de 21/01/13, contou com apoio financeiro do Ministério da Saúde e fez parte das atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública da UnB.

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com as normas vigentes expressas na Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo Seres Humanos no Brasil..

O termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue aos participantes, os quais ficaram de posse de uma cópia permanecendo outra com o pesquisador.

O material coletado é de uso exclusivo do pesquisador, sendo utilizado com a única finalidade de fornecer elementos para a realização deste projeto de pesquisa, da própria pesquisa e dos artigos e publicações que dela possam resultar. Foi assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação dos participantes.

A pesquisa não ofereceu nenhum dano ou desconforto aos participantes e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamentos aos mesmos. Os dados coletados serão guardados durante cinco anos pelo pesquisador e serão destruídos tão logo esse prazo tenha expirado.

Foram utilizados recursos próprios do pesquisador, o qual assume a responsabilidade por todos os investimentos, não implicando em possibilidade de restituição de valores a qualquer título por parte da Instituição de Ensino.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 12 Agentes Comunitários de Saúde que fazem parte de equipes da Estratégia Saúde da Família das cidades Itapoã, Paranoá e São Sebastião. Foi feita uma caracterização desses profissionais baseado em sexo, idade, religião, tempo de trabalho e escolaridade com a finalidade de retratar o perfil desses profissionais.

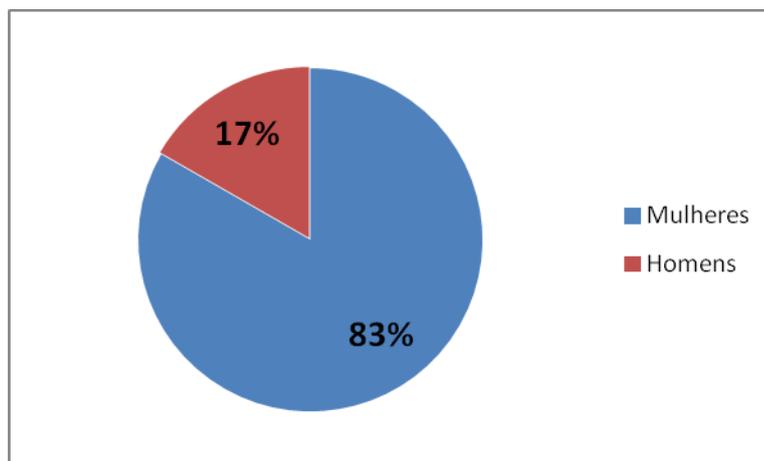
Todos os ACS entrevistados realizaram o curso Caminhos do Cuidado, curso voltado para a formação em saúde mental, álcool, crack e outras drogas que tem como público alvo os Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem. Tem por objetivo possibilitar que os profissionais consigam integrar a assistência da Atenção Primária com a Saúde Mental, com atenção plena ao usuário que tem essa demanda sem que ele seja discriminado ou sofra preconceitos. O curso Caminhos do Cuidado é baseado nas políticas do Ministério da Saúde e tem como norte a Redução de Danos.

Em relação à idade cronológica os entrevistados têm entre 29 e 51 anos. Dois com idade 29 anos, nove com idades de 30 a 36 anos e um com 51 anos.

Pode-se perceber que é uma profissão ocupada por jovens adultos em sua maioria e que há restrições quanto à idade para assumir o cargo. De acordo com a Lei 8.112/90 o pré-requisito para que se assuma um cargo público é a idade mínima de 18 anos.

Foi dada relevância a identificação do sexo dos Agentes Comunitários de Saúde entrevistados, uma vez que suas atividades estão pautadas no cuidado e no senso comum esta é uma ação atribuída às mulheres.

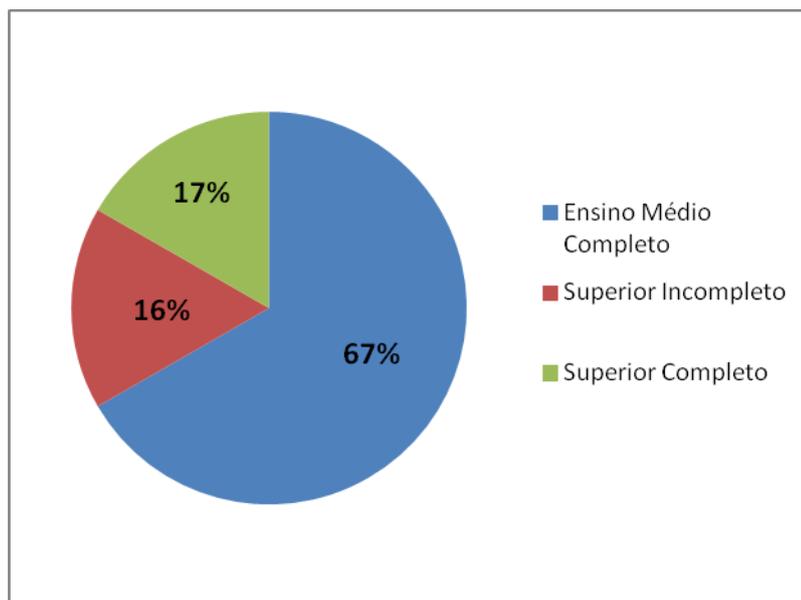
Gráfico 1: Distribuição dos ACS por sexo



Percebe-se a prevalência de mulheres na profissão de ACS e esse dado também aparece na pesquisa de Ferraz e Aerts (2005), que coloca que há uma prevalência de mulheres entre Agentes Comunitários de Saúde por haver uma ligação grande da profissão com o papel feminino de cuidadora e educadora, considerando que na Lei 11.350/2006, lei essa que rege a profissão dos ACS, é colocado como atribuições, ações que exigem vínculo com a comunidade e detecção das necessidades da mesma, através de visitas domiciliares e contato direto com as pessoas do território.

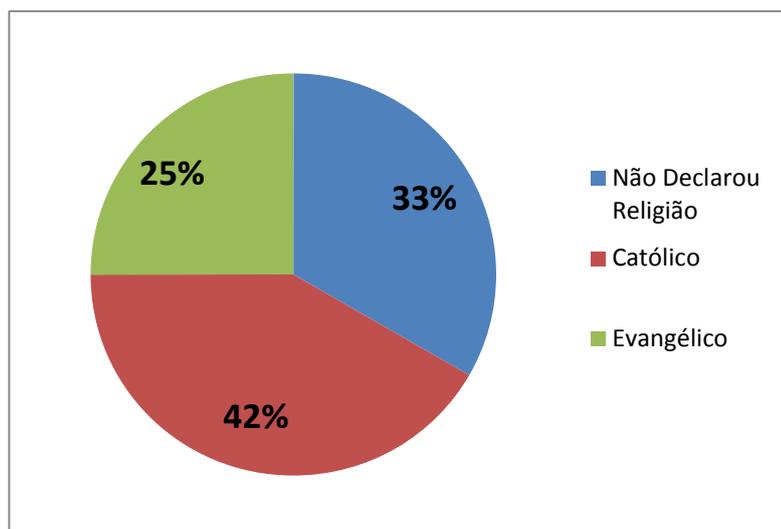
Outro indicador considerado importante para exercício da atividade é o nível de escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde. Embora na Lei 11.350/2006 seja exigida conclusão do Ensino Fundamental para ocupação do cargo, a escolaridade é importante para que os ACS desenvolvam outras habilidades para incorporar conhecimentos no trabalho realizado.

Gráfico 2: Distribuição dos ACS por Escolaridade



O gráfico evidencia que a maioria dos ACS tem o segundo grau completo, e 33% esta cursando ou já cursou ensino superior. Acredita se que esse indicador pode contribuir com o trabalho quando se almeja a agregação e aplicação de novos conhecimentos ao serviço.

A religião é um aspecto identificado e nessa pesquisa é pertinente, pois segundo Cerqueira-Santos, Koller e Pereira (2004), se associam doenças a punições divinas, provações ou até mesmo possessões. Essas concepções podem influenciar na assistência, idéia essa corroborada por Waldman (1999) que coloca a importância de conhecer de onde as pessoas acreditam que a doença vem. Esse autor ainda complementa falando que o profissional de saúde pode imprimir valores pessoais no seu modo de assistência.

Gráfico 3: Divisão dos ACS por Religião

A maioria dos ACS declarou pertencerem a uma religião e um terço deles, aproximadamente, não declararam esse pertencimento. Com esses dados apenas, não podemos afirmar que os ACS deixam esses valores transparecerem no momento do trabalho, mas permite que essa hipótese seja levantada.

A entrevista foi realizada em três cidades: Itapoã, Paranoá e São Sebastião em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com equipes da Estratégia Saúde da Família.

Duas UBS foram pontos de entrevistas no Itapoã, cidade que segundo dados da CODEPLAN de 2009, fornecidos no site da administração da Região Administrativa, têm uma população urbana de aproximadamente 60.324 habitantes. Uma das UBS esta na área física do Centro de Saúde. Nesta unidade foram entrevistados 6 ACS. Outra unidade ocupa a área física da Clínica da Família. Foi entrevistado 1 ACS. Ambas funcionam com consultas marcadas e consultas de livre demanda, e apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que conta com profissionais de outras áreas.

No Paranoá, cidade que tem estimativa de 62.337 habitantes, segundo o portal da administração da Região Administrativa, foi colhida entrevista em uma UBS também semelhante às do Itapoã na lógica de atendimento, também contando com o Núcleo de Apoio da Saúde da Família. Foi entrevistados 2 ACS.

Em São Sebastião, números não oficiais fornecidos pelo portal da administração da Região Administrativa, estimam que existam cerca de 130 mil

habitantes no local. Tem três equipes da ESF que ocupam o espaço físico da uma Unidade Mista de Saúde. Conta também com apoio do Núcleo de Apoio da Saúde da Família. Foram entrevistados 3 ACS.

Análise qualitativa

O software ALCESTE, após a submissão do corpus com as entrevistas com os ACS, apresenta o desenho do dendograma com quatro partes: o eixo central que é presente e recorrente em todas as entrevistas; as classes 1 e 2 que foi a divisão feita pelo próprio sistema na análise lexical, que combinou palavras ou prefixos de palavras que apareceram nos discursos e uniu esses trechos do discurso em duas classes que foram nomeadas e discutidas a partir dos trechos selecionados; e os prefixos de palavras mais encontradas em cada classe

A partir da análise dos fragmentos selecionados emerge a questão “Eu ACS e o usuário de drogas estamos no mesmo território, e agora como fazer?”. Esta interrogação permeia toda a discussão feita a partir dos fragmentos da classe 1 “reduzir danos em saúde é fato, reduzir danos com usuários de droga é difícil” e da classe 2 “O caminho foi apontado, o desafio é juntar os caminhantes”.

Eu, ACS, e o usuário de drogas estamos no mesmo território, e agora como fazer?			
Classe 1		Classe 2	
Reduzir danos em saúde é fato. Reduzir danos com usuários de drogas é difícil		O caminho foi apontado, o desafio está em juntar os caminhantes	
vai	0,16	curso	0,46
usuar	0,21	dia	0,44
uma	0,25	fiz	0,40
trabalh	0,22	cont	0,38
tent	0,15	cuid	0,37
saúde	0,14	ad	0,35
reduz	0,17	do	0,33

precis	0,17	vem	0,34
peço	0,25	tava	0,30
entend	0,21	caps	0,29
difícil	0,21	meio	0,23
da	0,26	quer	0,24
casa	0,14	época	0,23
área	0,14	tratam	0,23
agente	0,17	fazendo	0,23
ach	0,14	caminhos	0,24
		encaminh	0,23
		acab	0,19
		exist	0,19
		profission	
		0,19	

Eu, ACS, e o usuário de drogas estamos no mesmo território, e agora como fazer?

Se a gente precisa afastar esse drogado de uma certa área perigosa, quais são os caminhos que a gente pode fazer? Que recursos que a gente pode ter? Quais parceiros podem nos ajudar? Nem sempre a gente encontra todos esses recursos.

ACS 8

O cerne dessa discussão é como os ACS concebem a Redução de Danos como uma política praticável dentro das suas Equipes Saúde da Família. A partir dos relatos podemos perceber que o conceito é bastante compreensível, mas a forma que se pratica ainda não é um caminho linear, onde essa concepção não está integrada no cotidiano de trabalho.

Meus colegas de trabalho às vezes tão muito desmotivados nesse sentido. Tipo, se chegar uma pessoa aqui drogada aqui, vindo pedir ajuda, tudo, a gente vai fazer nossa parte, só até onde nos cabe mesmo, sabe?

ACS 7

É exatamente isso, é tentar da melhor forma possível ajudar a pessoa nessa condição, né, a gente não vai impor nela que ela tem que largar isso de uma vez.

ACS 8

As maneiras de lidar com o usuário de drogas ainda é permeado por uma interação social restrita onde o ACS tem dificuldade no manejo desse usuário e tem condutas que tem por objetivo cessar o sintoma apresentado, além de ser uma pessoa com quem ele tem convívio constante por estar na mesma comunidade.

Já teve uma paciente que chegou aqui alterada [...] e as meninas sentam conversam, e aí as vezes no meio do atendimento ela quer sair andando e não aguenta ficar quieta [...] aí a gente já sabe o que que é, então [...] como a gente é da comunidade [...] acaba que todo mundo conhece a historia de todos os pacientes então a gente já tem aquele tato: “ não é fulano, quadra tal não sei o que, vamos acalmar”, a gente sabe que já usa aí a gente tem um cuidado.

ACS 1

Existe ainda também uma limitação no contato com o redutor de danos nas regiões e nos trabalhos de campo, dificultando a integração entre os ACS e os redutores que compõem a rede de meios disponíveis para a assistência ao usuário de drogas.

Eu nunca vi não [...] Fiz o curso mas aqui dentro [...] dia a dia eu não tive contato com ninguém que faz redução de danos.

ACS 11

No que concerne as concepções e dificuldades do ACS na prática profissional, a pesquisa de Landi Filho et. al (2013) coloca que ainda não é disseminado muito conhecimento entre os profissionais de saúde sobre a estratégia de redução de danos, inclusive cabe a hipótese de que seja essa falta de conhecimento que desmotive o profissional a realizar suas atividades.

O reforço da estratégia de redução de danos dentro das unidades de saúde é de responsabilidade do redutor de danos que está em campo empoderando não só o usuário, como o próprio serviço de saúde. Este estudo também coloca a falta de integração entre profissionais de saúde e a capacitação ou uso da dessa estratégia como algo recorrente e parte do panorama, pontuando o porquê deste caminho percorrido pelos ACS nem sempre é uma coisa linear que depende única e exclusivamente dele.

Reduzir danos em saúde é fato. Reduzir danos com usuários de drogas é difícil.

É muito diferente, né, porque o usuário de droga tem sofrimento mental, né, uma pessoa que precisa de apoio não só da família, mas também da equipe de saúde e ele não tem muito.

ACS 8

A classe 1 revela as diferentes dificuldades do Agente Comunitário de Saúde em lidar com os usuários de drogas e levar a redução de danos para a assistência com esse público específico. Essa classe revela o retrato da concepção que eles têm da redução de danos como algo importante para a saúde e também os diferentes conflitos que permeiam a assistência ao usuário de droga agravado pelo fato de residirem no mesmo território.

Existem receios por parte da equipe de saúde no momento de lidar com usuários de droga, seja por medo de retaliação, por um instinto de autopreservação ou simplesmente para que ele faça seu trabalho sem perder o vínculo com o usuário.

Primeiro que aqui tem muito medo de represália.
ACS 7

Eu sei que tem muitas pessoas na minha área que usam, mas eu tenho que fingir, entendeu? Pra eu me proteger e pra pessoa deixar eu entrar dentro da casa dela.
ACS 1

Um ponto importante que foi evidenciado foi o medo que o ACS tem de lidar com o usuário de droga pensando em sofrer algum tipo de dano decorrente da assistência, principalmente porque os ACS fazem seu trabalho na rua e na casa das famílias, aumentando a probabilidade de estarem à mercê de algum ato violento e não sentem que nada pode garantir sua segurança quando se tratam dos usuários.

Essa concepção está diretamente ligada à representação que se faz do usuário de droga como violento e criminoso, ideia essa colocada por Rocha et. al (2013) em sua pesquisa com estudantes de enfermagem que sentem receio de lidar com usuários de drogas principalmente pelo preconceito, resultado direto da representação social do usuário de droga. Embora a pesquisa tenha sido feita com estudantes de enfermagem esta idéia é também evidenciada pelos relatos dos ACS

A gente tá numa comunidade que tem muita gente usuário em boca de fumo, então tem muitos que faz vista grossa, né, que as vezes sabe que o pessoal é usuário, mas às vezes é uma pessoa violenta e prefere não [...] provocar.
ACS 6

A gente que é agente de saúde que frequenta a casa da pessoa [...] tá sempre exposto, né, então a gente tem medo de sofrer algum tipo de violência.
ACS 11

Outro aspecto que é evidenciado no discurso dos ACS diz respeito à dificuldade de ir à casa do usuário e convencê-lo de que o objetivo da visita no domicílio não é de caráter punitivo, fiscalizador ou delator, mas tem o objetivo de dar orientações de saúde para prevenção de doenças ou seu agravamento.

Agir de uma maneira que não vai constranger mesmo, né, pra ele não se sentir constrangido, ofendido, ou não achar que a gente tá lá pra denunciar, pra fazer alguma coisa porque a gente tá lá pra cuidar da saúde, né, independente dele ser usuário ou não, a gente não tá lá pra denunciar, pra fazer nada disso.

ACS 11

Eles ficam com medo das vezes a gente entrar dentro da residência deles e ficar observando a vida deles e de alguma forma como eles fala: “entregar”, de alguma forma assim, prejudicar eles.

ACS 6

Outro conflito em conceber a redução de danos como uma prática aceitável, diz respeito à distinção em aplicar ações que visem a redução do agravamento em detrimento da extinção da doença ou dos sintomas. Além disso, conceber que o usuário de droga não precisa parar de usar ainda precisa de uma grande mudança no imaginário social quanto ao uso de drogas. Ainda é vigente e forte o paradigma de guerra às drogas.

Como que a pessoa reduz? Ou para ou não para, né?

ACS 10

As vezes não faz tanto efeito assim reduzir, o certo é parar, né [...] Não reduzir porque vai continuar sendo usuário do mesmo jeito

ACS 11

Eu acho que oferecer um cachimbo talvez... Não sei, ou a seringa pra que eles não compartilhem [...] É interessante por eles não compartilharem, mas ao mesmo tempo talvez seja um incentivo?

ACS 4

Sobre isso, Rocha et. al. (2013), concluiu em sua pesquisa que há a necessidade de expor o profissional ao usuário de drogas para que ele mesmo possa pensar sozinho, tirar suas próprias conclusões e questionar seus valores sobre o tratamento com o usuário de drogas. Percebe-se que há uma representação social que associa o usuário de drogas com atos ilícitos, infrações judiciais, tráfico, violência, enfim a um estereótipo travestido de maldade.

O preconceito né, preconceito de estar muito ligado à criminalidade, né, a gente sempre liga usuário de droga com criminoso e tudo, então agente de saúde também tem medo de atender esse público.

ACS 11

Pra gente alcançar um usuário de droga aqui é meio complicado, porque assim geralmente os usuários de drogas aqui são envolvidos também com o tráfico [...] Aqui o cara começa usando e daqui a pouco ele tá vendendo e daqui a pouco ele tá roubando

ACS 1

Quando se trata de redução de danos, a grande maioria dos ACS entende o que é o conceito e sua utilização na saúde geral, fazendo associações principalmente com gestantes, hipertensos e diabéticos. Mas quando se fala na aplicabilidade da mesma para usuários de droga, o cenário fica um pouco mais restrito, reproduzem as ações utilizadas em outras clínicas.

Então a gente vai começar a dar outros caminhos pra pessoa, grupos, palestras, sabe assim, se tiver clínica, oferecer, clínicas, entendeu? Então assim, panfleto, essas coisas pra ver se reduz o danos, pra ver se as pessoas, pra ver se aqueles que estão lá dentro tentam sair e pra ver aqueles que tão lá fora não entram, entendeu?

ACS 12

Nós não temos um trabalho específico com essa área de drogas, mas existe em outras áreas, tipo a redução de danos com o hipertenso, com o diabético.

ACS 10

Não tem uma capacitação exatamente pra isso, então a gente tá tendo um pouco de dificuldade com relação a essas coisas e realmente lidar com isso porque nosso foco maior é hipertenso, gestante.

ACS 6

Pode-se depreender que as condutas a serem tomadas pelos ACS com relação aos usuários de drogas e todos os outros fatores que estão ligados a ela, que vão de violência do usuário a conflitos entre a aplicação da estratégia de redução de danos e valores pessoais, ainda não são claras o que dificulta dar objetividade na intervenção.

Esses pontos aparecem na pesquisa de Nardi, Kroeff e Rigoni (2010) com ACS quanto à sensibilização sobre Redução de Danos. Os entrevistados desta pesquisa se queixam de falta de material educativo para oferecer para a comunidade, com objetivo de prevenir agravos e principalmente promover saúde.

A pesquisa citada, assim como no discurso dos ACS entrevistados, refere a existência de conflitos entre valores pessoais que podem interferir na prática assistencial do profissional com o usuário de droga. O sigilo profissional como algo questionado

pelo usuário evidenciado pela visão do ACS como agente punitivo ou delator pelo usuário também fez parte do retrato da pesquisa.

O caminho foi apontado, o desafio está em juntar os caminhantes

Tem que ter envolvimento de todos os profissionais, pro tratamento realmente de um dependente químico e assim, é coisa que a gente na verdade não tem aqui, a gente teve toda uma preparação, tivemos curso e tudo pra isso.

ACS 10

Aí depois eu fiz um curso aí eu vi que realmente tem pra onde encaminhar [...] então a Redução de Danos, eu acho que seria nos podermos contar com outros meios que já existem aqui no DF.

ACS 7

A Classe 2 evidencia a necessidade de integração dos meios que o ACS reconhece como existente para tratar, encaminhar e melhorar a vida de um usuário de drogas e levanta questões que reporta a ações que estabeleça como esse caminho pode ser trilhado e seus percalços.

Quando questionamos sobre contato com os redutores de danos eles aparecem pouco no discurso dos ACS, mas outros parceiros, em especial o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Apoio Saúde da Família (NASF) se revelam como suporte para os Agentes Comunitários de Saúde não só para encaminhamento, mas para manejo do paciente.

Se existe contato com? [...] Os redutores? Sim. Sim. Eles às vezes vêm aqui fazer palestra.

ACS 5

A gente tem o CAPS AD, então assim eles são encaminhados pra lá, quando vem pra cá, são encaminhados pra lá tem alguns que vem que se tratam aqui.

ACS 1

Pode-se observar também que nesse território, existe matriciamento uma pratica que integra conhecimentos entre saúde mental e APS para que o atendimento seja completo com feedback clínico e mental para todos os profissionais que lidam com o usuário. Brasil (2011).

Também já nas reuniões eles (CAPS e NASF) vem até nós, eles sabem os dias que a gente faz reunião, eles vem até a gente, a gente discute caso, as vezes eles trazem alguns casos, às vezes a gente leva caso até eles e aí tanto da nossa parte quanto da deles pensa sobre o caso da pessoa e maneja o que vai se fazer

ACS 8

Embora este dispositivo se faça presente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ele ainda é frágil, não se evidencia uma conexão entre as malhas da rede institucional.

Também se percebe uma dificuldade de saber a função que lhe cabe na assistência ao usuário de droga, pois o ACS se vê com conhecimento precário acerca das condutas quando não tem outro profissional agregando outros conhecimentos ou quando ele mesmo não sabe como se valer dos meios conhecidos.

Pra mim que sou ACS eu nunca tive informação sobre o que que a que a lei diz sobre esse tipo de atendimento [...] essas coisas assim não é muito claras pra gente então acho que fica um atendimento mais assim mais de uma coisa muito a mercê do tato de cada profissional pra lidar com aquela situação.

ACS 1

Na pesquisa de Silva, Frazão e Linhares (2014) ela destaca em seus resultados que a integração entre diversos profissionais é importante porque cada um deles sabe a parte que lhe cabe no manejo do paciente e como ajudar contando com sua qualificação profissional.

Outro aspecto identificado é a idéia que os ACS têm da distribuição de kits oferecidos pelos Redutores de Danos para os usuários como a única forma de utilização dessa estratégia. É evidente a idéia de que essa prática é aceita e é atribuído a Unidade Básica de Saúde a dificuldade de implantá-la.

Eles têm agora os kits né, de seringas, eles têm. Eu fiquei impressionada que eu descobri uma coisa que eu não sabia: eles distribuem os papeizinhos de seda e o protetor labial pra quem fuma pra não queimar porque faziam o cigarro com o jornal que é altamente tóxico

ACS 1

Então por exemplo aqui hoje a gente não tem essa oferta de kits, né, a gente não tem, a gente sabe que tem pacientes que tem (dependência química) a gente agora tem camisinha distribuindo ali na frente que antigamente nem a camisinha a gente deixava livre demanda assim [...] eu acho que vai chegar uma época que a gente vai conseguir fazer isso com os outros kits de redução de danos, mas assim ainda não chegamos nessa... Nessa fase.

ACS 1

A pesquisa de Delbon, Da Ros e Ferreira (2006) corrobora justamente a teoria da barreira sendo a Unidade Básica de Saúde quando se trata da distribuição de kits de redução de danos com usuários de drogas, considerando que existem ainda paradigmas

a serem quebrados dentro da comunidade (e entre os profissionais, nesse trabalho, os ACS) justamente por se tratar do cuidado com o usuário de drogas ilícitas.

7. O QUE FOI APREENDIDO COM ESSA PESQUISA

A partir do conhecimento das percepções dos ACS ficou evidente que ainda há necessidade de outras capacitações e sensibilizações sobre o tema para que haja primeiramente maiores discussões sobre as estratégias de redução de danos mudanças na abordagem, no acionamento dos meios disponíveis na Rede de Atenção Psicossocial, no tratamento e na mudança das representações sociais dos usuários de droga.

Essas sensibilizações são necessárias também, uma vez que o usuário de drogas se encontra no mesmo território que o ACS, tornando a convivência entre os dois algo que vai além das intervenções de saúde e permeia o âmbito social.

Essas capacitações e sensibilizações não são necessárias somente para os ACS, mas para toda a rede de saúde onde eles estão inseridos, como a própria UBS, tendo como objetivo principal a discussão entre os profissionais sobre o usuário de droga e suas demandas. Essa discussão é favorável também, pois nas capacitações trazem-se conceitos mais voltados para as políticas de Redução de Danos preconizada pelo Ministério da Saúde e empodera os profissionais das UBS sobre os meios que se podem utilizar para integrar essas práticas com as atividades cotidianas, reafirmando as parcerias que podem ser feitas.

Este estudo pode despertar a curiosidade de entidades responsáveis pelo tratamento ao usuário de droga e, a partir do conteúdo evidenciado pelos resultados, pode incentivar a realização de pesquisas similares em outras Unidades Básicas de Saúde, permitindo uma maior generalização sobre essas concepções e permitindo traçar novas intervenções que sejam efetivas no DF e que, a depender da implementação, pode se expandir como uma nova forma de conduzir profissionais das UBS no caminho da Redução de Danos para os usuários de drogas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Tarcísio Matos. **Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro v.16, n.12, p. 4665-4674, Dez. 2011.

Associação Internacional de Redução de Danos. **O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos**. Londres, Grã Bretanha, 2010.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas**. Rev. latinoam. psicopatol. Fundam., São Paulo, v.11, n.1, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000100003&lng=en&nrm=iso>

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos - uma abordagem inovadora para países em transição**. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuário de Álcool e outras Drogas**. Brasília: MS, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Volume 6. Brasília. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD). **Drogas e Redução de Danos: Uma Cartilha Para Profissionais**. São Paulo, 2011. 4ª edição. V.4. Brasília. 2007

BRASIL. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. 236 p. Brasília. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder; KOLLER, Sílvia Helena; PEREIRA, Maria Teresa Lisboa Nobre. Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 3, set. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300011&lng=pt&nrm=iso>

DELBON, Fabiana; DA ROS, Vera; FERREIRA, Elza Maria Alves. Avaliação da disponibilização de Kits de redução de danos. **Saude soc.**, São Paulo , v. 15, n. 1, p. 37-48, Abr. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000100005&lng=en&nrm=iso>

DUARTE, Rosália. **Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo.** Cad. Pesqui., São Paulo , n. 115, Mar. 2002 .

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. **X Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 2, p. 347-355, Abril 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=en&nrm=iso>

FILHO, Daniel Landi et. al. **Concepções Diferentes Sobre Redução de Danos em Centros de Referência Para DST/HIV/AIDS do Distrito Federal.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde Vol.04, Nº. 02, p.25-37. Brasília. 2013

HIRDES, Alice; SILVA, Maira Kelly da Rosa. **Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v.38, n.102, Sept. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300582&lng=en&nrm=iso>.

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. **Apoio Matricial: um estudo bibliográfico.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 9, Set. 2014 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000903791&lng=en&nrm=iso>

JÄRVINEN, Margaretha. **Approaches to methadone treatment: harm reduction in theory and practice.** *Sociol Health Illn* 2008; vol. 30, n.7: p. 975-991.

LONDERO, Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. **Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde.** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 18, n. 49, June 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200251&lng=en&nrm=iso>.

NARDI, Henrique Caetano; KROEFF, Locimara Ramos; RIGONI, Rafaela de Quadros. **Sensibilização e Capacitação em Redução de Danos: Considerações dos Agentes Comunitários de Saúde.** Revista Psicologia e Saúde, v. 2, n. 2, pp. 21-30. Jul- Dez. Rio Grande do Sul. 2010.

ONG Viva Rio. **Diminuir Para Somar: Cartilha de Redução de Danos Para Agentes Comunitários de Saúde.** 50 páginas. Rio de Janeiro. 2011

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. **Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”**. *Psicol. soc.*, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PRATES, Maria Margarida Licursi; GARCIA, Vânia Ghirello; MORENO, Diva Maria Faleiros Camargo. **Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em Saúde Mental junto à Estratégia de Saúde da Família: espaço de discussão e de cuidado**. *Saude soc.*, São Paulo, v. 22, n. 2, Junho 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200031&lng=en&nrm=iso>.

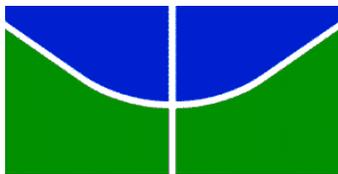
SILVA, Felicialle Pereira da; FRAZAO, Iracema da Silva; LINHARES, Francisca Márcia Pereira. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 805-814, Abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400805&lng=en&nrm=iso>

SOUZA, Delza Rodrigues. **Redução de Danos (RD): Análise das Concepções de Profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas**. 108 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

ROCHA, Fernanda Mota et al. Cuidar de dependentes de substâncias psicoativas: percepções dos estudantes de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.47, n.3, p.671-677, Jun 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300671&lng=en&nrm=iso>

ANEXOS

Termo de Consentimento Livre Esclarecido



Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde – FS

Departamento de Enfermagem

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar da pesquisa **Formação dos agentes de saúde nas ações preventivas ao uso indevido de drogas mediado por tecnologias da informação, educação e comunicação nas regionais de saúde Paranoá, Sobradinho e São Sebastião.**

Nosso objetivo é qualificar os Agentes Comunitários de Saúde com a finalidade de ampliar suas competências, habilidades e atitudes nas intervenções de saúde em situações que envolvem uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas. Para alcance desse objetivo buscamos identificar junto aos ACS as práticas de promoção à saúde desenvolvida pelas equipes ESF no âmbito das ações de álcool e outras drogas. Nesta parte do trabalho nossa meta é conhecer a percepção dos profissionais sobre a Redução de Danos.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que sua identidade não aparecerá, será mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de uma entrevista semiestruturada que será gravada e transcrita para que o diálogo flua de forma mais dinâmica e não existam interrupções para escrever as respostas.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para enriquecer o conhecimento que se tem sobre Redução de Danos, principalmente no âmbito da Atenção Básica que é uma área relativamente pouco explorada quando se trata da discussão sobre essa política. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Dra. Maria Aparecida Gussi,, na Universidade de Brasília – Departamento de Enfermagem , telefone (61) 3107-1756, no horário das 8h até as 17h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

Roteiro de Entrevista com os ACS

Nome do entrevistado: Idade do entrevistado: Religião do entrevistado:
Há quanto tempo trabalha nesta equipe? Por que escolheu ser Agente Comunitário de Saúde? Por que trabalha nesta equipe?
Como se diferencia o atendimento de um usuário de drogas pra um que não faz uso de droga? Quais são os desafios no atendimento ao usuário de droga? O que você entende por Redução de Danos? Quais as impressões dos seus colegas sobre a Redução de Danos? No serviço existe a Redução de Danos? Há contato com os redutores de danos? Se sim, como ele se estabelece?