



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**DIANA RAMOS DE OLIVEIRA SANTOS**

**“O PAPEL DA ENFERMEIRA AQUI É MUITO DIFERENTE...”: A ENFERMEIRA E  
A REDUÇÃO DE DANOS NOS CAPSad**

Salvador  
2018

**DIANA RAMOS DE OLIVEIRA SANTOS**

**“O PAPEL DA ENFERMEIRA AQUI É MUITO DIFERENTE...”: A ENFERMEIRA E  
A REDUÇÃO DE DANOS NOS CAPSad**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
à banca de avaliação para obtenção do título  
de bacharel em enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Laio Magno Santos de  
Sousa

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. MsC. Márcia Rebeca  
Rocha de Souza

Salvador  
2018

Universidade do Estado da Bahia

Sistema de Biblioteca

Ficha Catalográfica - Produzida pela

Santos, Diana Ramos de Oliveira.

“O papel da enfermeira aqui é muito diferente...”: a enfermeira e a redução de danos nos CAPSad: / Diana Ramos de Oliveira Santos, Santos.-- Salvador, 2018.

50.

Orientador: Prof. Dr. Laio Magno Santos Sousa Coorientador: Prof<sup>a</sup>. MsC. Márcia Rebeca Rocha de Souza .

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida, 2018

1. Redução de danos. 2. Enfermeira. 3. Assistência. I. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida.

CDD: 610

## **Agradecimentos**

Ao meu pai e a minha mãe que me proporcionaram a possibilidade de vivenciar a Universidade e de alcançar os meus objetivos.

À minha amiga Alice Mayra que foi meu alicerce e me ajudou diretamente no processo de construção deste trabalho. Izabel Neves, Carine Helen, Jórdan Santos, Fábio Alves, Tatiane Bacelar, Elaine Reis, Saulo Andrade e Juliana Oliveira que acompanharam os meus melhores e piores momentos de construção, sempre me incentivando a dar o meu melhor.

Ao meu orientador Laio Magno que aceitou o desafio de construir este trabalho comigo e me deu suporte para que pudéssemos alcançar o sucesso. À minha co-orientadora Márcia Rebeca que tem sido exemplo para mim no campo profissional e das relações, que me fez crescer e expandir os conhecimentos acerca do campo da saúde mental e das drogas e me deu total suporte acadêmico, científico e afetivo sendo diferencial na construção deste trabalho.

## RESUMO

O modelo anterior ao proposto pela reforma psiquiátrica, considerado modelo asilar, compreendia a atenção a saúde mental de maneira institucionalizada e de cunho exclusivamente medicamentoso. No aspecto do uso problemático de substâncias psicoativas (SPAs) a criminalização da droga e do usuário, a estigmatização e a premissa da abstinência para o cuidado era o que norteava a atenção aos usuários. Com as mobilizações sociais que culminam nas propostas da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial tem-se a gradativa implementação das ações baseadas em políticas públicas norteadas pela estratégia de redução de danos e desinstitucionalização, e a reorientação da formação e atuação profissional na atenção aos usuários de drogas. A enfermeira desempenha papel fundamental na produção do cuidado por estar inserida nos diversos serviços da Rede de Atenção Psicossocial como o Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad). Esse estudo tem por objetivo analisar as ações da enfermeira à luz da redução de danos aos usuários de substâncias psicoativas nos CAPSad. É um estudo de campo, de abordagem qualitativa, realizado nos CAPSad da cidade de Salvador/BA, tendo como sujeitos da pesquisas enfermeiras que atuassem nesses serviços. Foram entrevistadas 6 enfermeiras e utilizada a análise de conteúdo temática. A partir das entrevistas realizadas emergiram desafios para implementação da redução de danos e as ações desenvolvidas pelas enfermeiras nesses serviços. Através da análise desses resultados foi possível perceber aspectos que dificultam a implementação das ações da redução de danos como: a formação na perspectiva psiquiátrica, a moralidade no campo do uso de drogas, questões políticas como proibicionismo e guerra às drogas, a diferenciação entre o cuidado ao usuários de drogas e o sujeito com transtorno mental e o contato com instrumentos de trabalhos antes não discutidos na graduação como o cuidado e o acolhimento. No que tange as ações desenvolvidas foi observado a realização de oficinas, acolhimento inicial, estabelecimento do Técnico de Referência, ações fora do serviço, acupuntura, terapia através da música, atendimentos individuais e também atividades técnicas como administração de medicamentos. Ao final desse estudo concluiu-se que é necessário que o debate acerca das drogas e do uso, na perspectiva da redução de danos, continue a ser difundido na sociedade para promoção de transformação do imaginário social acerca desta questão, visto que, ainda é percebido a compreensão do ideal de uma sociedade sem drogas embasado em conceitos moralistas. Isto repercute no processo formativo das enfermeira e no desenvolvimento de suas ações, que estão em processo de resignificação dentro do campo da saúde mental e das drogas, mas que ainda apresentam concepções e práticas que são contraditórias à política de redução de danos.

**Palavras chave:** Redução de danos; Enfermeira; Assistência.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	7
<b>2 OBJETIVOS</b>	10
2.1 Objetivo geral	10
2.2 Objetivos específicos	10
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	11
3.1 O consumo de SPAS no brasil	11
3.2 A política de redução de danos	12
3.3 Ações da enfermeira em saúde mental e uso de SPAS	15
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS</b>	18
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	21
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	39
<b>REFRÊNCIAS</b>	
<b>APENDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

O consumo de Substâncias Psicoativas (SPAs) não é um fenômeno da sociedade moderna, está vinculado a ritos religiosos, busca pelo prazer, alívio de dores e aceitação social. No processo histórico de consumo de SPAs há, também, a caracterização da forma como a sociedade irá lidar com o consumo e, dessa forma, há o desenvolvimento de ações e medidas que avaliem as substâncias e suas diversas formas de uso (MACHADO; BOARINI, 2013).

Este fenômeno envolvido por três elementos: a droga, o sujeito e o contexto sociocultural. Destes, o sujeito é o elemento mais complexo, apresentando aspectos subjetivos e objetivos de sua personalidade e singularidades biológicas, podendo ou não fazer um uso dependente de determinada droga a depender da relação estabelecida com esta, sendo que esta relação é influenciada de forma direta por fatores sociais, econômicos, políticos, biológico e psicológicos (SILVEIRA; SILVEIRA, 2017).

Atualmente, é percebida a prática do proibicionismo, repressão e de guerra às drogas como método de intervenção no consumo de drogas ilícitas. Estas intervenções se apresentam como medidas de criminalização da droga e do usuário, com base num modelo moral de estigmatização das pessoas que as consomem. Além disso, a política de “guerra às drogas” tem se fundamentado no cerceamento de liberdade e de perda de cidadania dos usuários, definindo-os como loucos ou criminosos, e tem como meta a suspensão imediata do consumo da droga (PASSOS; SOUZA, 2011).

Tais práticas não são vivenciadas da mesma forma por todas pessoas que fazem uso de drogas, sendo imprescindível o recorte de raça, gênero e classe na compreensão dessas práticas. Ribeiro (2018) salienta que a guerra às drogas produz o hiperencarceramento no Brasil, com altas taxas de letalidade, inúmeras violações dos direitos humanos, como por exemplo, sequestro de crianças de mães que fazem uso de drogas em situação de rua, e a política do medo fazendo com que se invista cada vez mais em segurança privada e a falta de condições para proteção de territórios mais vulneráveis.

O consumo de drogas historicamente foi deixado a cargo da justiça, segurança pública, associações religiosas e outras instituições, desconsiderando o caráter de saúde deste debate. Porém em 2003, no Brasil, há a mudança de

paradigmas no âmbito do uso de drogas e da assistência aos usuários a partir da criação da portaria nº 816 que institui o Plano Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da Política Nacional para Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas. Outro marco legal é a Portaria nº 1.028 que tem por objetivo determinar ações de redução de danos resultantes na perspectiva do uso de drogas. Desse modo a assistência e debate sobre o consumo de SPAs deixam de ser, estritamente, do âmbito jurídico e de segurança pública, passando a ser considerado como uma questão de saúde pública (ALVES; ROSA, 2016).

A criação e regulamentação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que integra serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para cuidados em saúde mental contribuiu para a reformulação do cuidado ao usuário de SPAs, a partir da consideração da assistência em rede. Dentre os serviços que compõe a RAPS os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) é um dos serviços de assistência especializada no âmbito do álcool e outras drogas que tem como política norteadora a redução de danos, construindo a assistência para o usuário acolhendo também a família e considerando as relações e redes afetivas (BRASIL, 2013).

A política de redução de danos é um conjunto de ações e medidas que tem como finalidade reduzir ao mínimo possível os agravos à saúde que o consumo abusivo de drogas pode resultar. Essas ações e medidas se baseiam na liberdade de escolha do indivíduo, tendo como princípio norteador a prevenção de danos e minimização de agravos sociais e à saúde. Essa liberdade de escolha possibilita ao indivíduo uma reflexão acerca do direcionamento da assistência construída, promovendo autonomia e corresponsabilidade sobre seu cuidado (NARDI; RIGONI, 2005).

A enfermeira tem papel estratégico na construção da assistência em rede ao ocupar os diversos serviços que constroem a RAPS como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Unidades de Saúde da Família (USF). O acolhimento e a escuta qualificada proporcionam a construção e manutenção do vínculo entre o indivíduo e o serviço de saúde, e a assistência norteadora pela política de redução de danos proporciona ao usuário o cuidado integral, no qual, a abstinência não é uma premissa para o acolhimento e ações de cuidado e assistência que serão ofertadas a este usuário (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003).

Para que o cuidado integral seja desenvolvido se faz necessária a compreensão e implementação nas práticas diárias da política de redução de danos e a efetiva articulação dos serviços na rede. Contudo ainda há falhas na construção do cuidado de enfermagem aos usuários de SPAs, que ainda é baseado na abstinência como objetivo final do cuidado em saúde, não considerando os condicionantes e determinantes sociais daquele indivíduo e do seu padrão de consumo (VARELA et al. 2016).

A percepção da existência de aspectos morais e políticos que interferem na construção da compreensão do uso de drogas, o que resulta nas práticas proibicionistas, na estigmatização e criminalização dos sujeitos e de determinadas drogas foi impulsionadora para esta pesquisa. Difundir conhecimento sobre a política e ações de redução de danos é fundamental para a ressignificação do cuidado no âmbito do uso de SPAs, compreendendo que os sujeitos têm o direito ao acesso integral e equânime aos cuidados e serviços, e para promoção de reconhecimento do lugar de atuação por parte enfermeira e de suas ações como possível instrumento de promoção da saúde. Desse modo, a presente pesquisa pretende responder a seguinte questão: como atua a enfermeira, à luz da redução de riscos e danos, nos CAPSad?

## **2 OBJETIVOS**

### Objetivo Geral

- Analisar a atuação enfermeira à luz da redução de danos nos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas de Salvador/BA.

### Objetivo Específico

- Conhecer a atuação das enfermeiras na assistência aos usuários de substâncias psicoativas desenvolvidas em Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas de Salvador/BA.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 O consumo de SPAS no Brasil

O uso de substâncias psicoativas não é um evento recente. Estas substâncias estão presentes na humanidade desde as primeiras civilizações. Nessas sociedades os indivíduos utilizavam estas substâncias por razões diversas, como ritos religiosos ou, cultural. Historicamente, no Brasil, o uso de álcool e tabaco é identificado entre os índios que habitavam as florestas antes da chegada do homem branco europeu. Os índios produziam e consumiam uma bebida forte, resultado da fermentação da mandioca, denominada “caium” e a utilizavam em rituais e festas (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2015).

No final do primeiro quarto do século XX, foram observadas duas classes distintas em relação ao consumo de SPAs. A primeira foi caracterizada pela presença de vícios “elegantes”: a elite consumidora de morfina, heroína e cocaína, enquanto a segunda foi chamada de vícios “deselegantes”, os quais afetavam as camadas marcadas principalmente pelo consumo de maconha e o álcool. Mais tarde o consumo da maconha foi também difundido entre as classes sociais mais abastadas (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2015).

O consumo de inalantes foi mais acentuado nas décadas de 80 e 90 do século passado, sendo que o principal consumidor destas drogas eram crianças e adolescentes de classes sociais menos favorecidas, principalmente aqueles em situação de rua. A cocaína, que já foi comercializada livremente e teve indicação para situações de desânimo e cansaço, é considerada uma substância ilícita no Brasil. E o crack, uma fórmula derivada da cocaína para o consumo por via inalatória, teve seu consumo registrado no início dos anos 90. Atualmente, assim como os inalantes, o crack é utilizado, em sua maioria, pela população em situação de rua e também é considerado um consumo ilícito (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2015).

O consumo de SPAs faz parte da construção social do Brasil. Historicamente há a estigmatização dos usuários de SPAs ilícitas, porém ainda observamos o livre comércio de substâncias como o tabaco, álcool e cafeína. De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (2012) o consumo de qualquer SPAs, na

vida, com exceção do álcool e do tabaco, é de 18% entre os adolescentes e de 31,1% entre os adultos.

As SPAs podem desempenhar diversos papéis na sociedade, podendo ser utilizada para promover saúde, por meio de medicamentos e ações como as infusões ou como ferramenta de opressão, com a lógica de proibição e repreensão. É observado que, no Brasil, de acordo com o momento o qual a sociedade se construía, desconstruía ou consolidava, há uma mudança de concepções acerca do consumo e uso de determinadas SPAs e ainda nesse processo são estabelecidas as relações de legalidade e ilegalidade das substâncias e, conseqüentemente, criminalização e estigmatização.

### 3.2A política de redução de danos

Os danos relacionados ao consumo abusivo e a assistência aos consumidores de SPAs sempre estiveram ligados à psiquiatria e ao modelo hospitalocêntrico, violando direitos e promovendo assistência desqualificada a estes usuários. A partir da Declaração de Caracas (1990) a atenção em saúde mental passa a vincular-se a atenção primária, aos modelos substitutivos de assistência, como por exemplo, o CAPS, descentralizando a assistência psiquiátrica e garantindo o cuidado a estes usuários e a permanência em seu território (VARGAS; DUARTE, 2011).

O texto da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 é o marco legal da Reforma Psiquiátrica, que garantiu aos usuários de serviços de saúde mental – os que sofrem por transtornos psiquiátricos e os usuários de álcool e outras drogas - a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população. (BRASIL, 2003).

Ao entrar em vigor a lei 10.216 norteia as ações em saúde mental no Brasil como, por exemplo, a criação de políticas que tratassem da rede de cuidados aos usuários de drogas, sendo esta uma rede de cuidados extra hospitalares e que garantissem uma atenção integral à saúde destes usuários. Há a criação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003), a qual visa garantir o fortalecimento da rede de assistência, construída a partir da articulação

entre os diversos serviços sociais e de saúde. O cuidado em rede garante uma atenção integral no cuidado a esses usuários promovendo a prevenção de agravos, promoção e proteção à saúde, o acolhimento nos serviços, o encaminhamento correto e a reabilitação efetiva (VARELA et al. 2016).

Segundo Souza et al.(2007), o programa de redução de riscos e danos baseia-se nos modelos teóricos sociocultural e geopolítico estrutural que consideram a problemática das drogas uma questão social, cujas intervenções tem por objetivo principal diminuir os efeitos danosos do uso das SPAs, buscando a melhoria do bem-estar físico e social dos usuários e reinseri-los na sociedade.

O conceito de redução de danos surge na Inglaterra, em 1926. Neste país um grupo de médicos define, no Relatório de Rolleston, que monitorar o uso de heroína e morfina era a maneira mais adequada de tratar esses usuários a fim de aliviar os sintomas de abstinência. A partir dos anos 80 há uma sistematização da redução de danos em programas de saúde, tendo como objetivo inicial redução de contaminação pela hepatite B entre os usuários de drogas injetáveis e, posteriormente, a prevenção da contaminação pelo HIV. Em 1984 surge um programa experimental de troca de seringas para os usuários de drogas injetáveis em Amsterdã. No município de Santos (São Paulo), em 1989, acontece a primeira iniciativa de implementação da redução de danos no Brasil, porém o fornecimento de seringa para os usuários de drogas injetáveis não foi permitido, em função de uma ordem judicial. Mesmo assim os profissionais de saúde estimulavam a usar hipoclorito de sódio para desinfecção de agulhas e seringas reutilizadas. (FONSECA, 2005).

O programa de redução de danos se propõe a desenvolver o cuidado aos usuários que fazem consumo abusivo/dependente de SPAs, tendo por objetivo a prevenção de possíveis riscos secundários a este padrão de consumo e diminuição de danos já apresentados, sem ter como meta principal a abstinência, que é o modelo de atenção que observamos atualmente. No Brasil algumas das ações desenvolvidas pelo programa de redução de riscos e danos são: localização e abordagem da rede de usuários de drogas; substituição de seringas usadas por seringas novas (no caso dos usuários de drogas injetáveis); informações e orientações de saúde; disponibilização de serviços de saúde; testagem anônima

para HIV e DSTs; exames para demais problemas de saúde; encaminhamento para avaliação e tratamento de problemas, relacionados ou não ao HIV, DSTs ou ao uso de álcool e outras drogas e encaminhamento para tratamento da dependência e para outros recursos sociais da rede de assistência, como serviços sociais, jurídicos ou de educação (VINADÉ; CRUZ; BARBEITO, 2015).

“A implementação do programa de redução de danos ainda encontra resistência em determinados serviços. A oposição desta proposta está relacionada em alguns casos a determinadas compreensões morais e religiosas: a crença de que só pode existir uma sociedade “livre das drogas”, uma abstinência completa e repentina. Ainda existe a crença de que algumas práticas do programa de redução de riscos e danos podem aumentar o consumo de drogas (VINADÉ, CRUZ; BARBEITO, p.97, 2015)”.

Atualmente as práticas de redução de danos não se restringem apenas as drogas injetáveis e se opõe às práticas que negam ou minimizam os direitos humanos dos usuários de drogas que, assim como qualquer outro indivíduo, deve ter acesso à saúde, educação, serviços sociais e todos os direitos garantidos ao cidadão. O programa de redução de danos também discute práticas e políticas que, de forma direta ou indireta, aumentam os riscos e agravos aos usuários de drogas como: o preconceito e discriminação, criminalização do uso de drogas, abuso de práticas policiais, políticas públicas e leis restritivas (IHRA, 2010).

A política de redução de danos se propõe a, não somente modificar a construção social acerca do debate sobre drogas e práticas no cuidado aos usuários de substâncias psicoativas, mas também a construir uma nova política de drogas. O indivíduo que faz o consumo abusivo/dependente de SPAs é estigmatizado por conta deste consumo e como consequência tem sua cidadania fragilizada. Essa fragilização ou perda da cidadania deste usuário reflete na desconsideração de direito a saúde, cidade, educação, lazer, trabalho e moradia que este usuário tem. A política de redução de danos busca garantir esses direitos ao usuário de SPAs, a partir do acesso integral e equânime a saúde e promoção e ações e articulações que possam assegurar a este usuário um cuidado que considere não somente as complexidades do seu padrão de consumo.

### 3.3 Ações da enfermeira em saúde mental e uso de SPAS

Antes da reforma psiquiátrica brasileira os hospitais psiquiátricos eram a única referência para à assistência aos indivíduos que eram considerados “clientes psiquiátricos”. Este modelo, também conhecido como modelo asilar, institucionalizava as práticas de tratamento que era considerado iatrogênico, ou seja, a dispensação e administração de medicamentos de forma indiscriminada alteravam de forma significativa o estado de consciência dos internos e suas funções orgânicas, além de ser de baixo custo econômico, ter condições precárias de alimentação e instalações, além de uma população acima da estimada (OLIVEIRA et al.2004).

No final dos anos 60 e início dos anos 70 as ações de enfermagem na assistência psiquiátrica passa a priorizar a concepção psicológica, ao enfatizar os aspectos comportamentais das relações humanas, incorporando um discurso humanitário, baseando-se na corrente da psicologia humanística e no discurso freudiano. Até o início dos anos 60 a enfermagem brasileira tinha com fundamento principal o modelo médico-biológico que tem como objeto de trabalho a doença e o quadro clínico do sujeito. No Brasil essas teorias humanísticas passaram a ser discutidas nos currículos de enfermagem no final da década de 70 (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003).

No desenvolvimento de ações da enfermeira em saúde mental faz-se necessário a consideração não somente dos sintomas considerados primários (clínicos) como delírios, alucinações e agitação psicomotora, mas também aqueles considerados secundários, como por exemplo, a solidão, isolamento social e as relações afetivas comprometidas. Desse modo, o tratamento e acompanhamento do indivíduo pode se dar de forma mais qualificada. Ao recebermos o indivíduo no serviço de saúde devemos considerar alguns aspectos para avaliação do mesmo, como as atividades da vida diária, as relações interpessoais, a autoestima, a motivação e a sua inserção na comunidade (OLIVEIRA et al.2004).

A empatia é fundamental na assistência ao indivíduo, na qual ambos são afetados e se transformam. Assim sendo, desenvolver e desempenhar ações humanizadas deve ser nossa preocupação enquanto enfermeiras, promovendo uma mudança no olhar, passando do olhar apenas clínico ao olhar compreensivo. A enfermagem é o cuidar compreendido como processo dinâmico, mutável e inovador,

que implica o reconhecimento da singularidade e da subjetividade do usuário. Quando temos a compreensão de que, na saúde mental, a questão mais importante é a “pessoa que sofre” podemos criar ou usar novas práticas que compreendam o usuário como sujeito plural, histórico, social e dotado de linguagem. É fundamental pensar a prática de enfermagem para além dos modelos assistenciais, ainda hegemônicos, que se baseiam no isolamento social e medicalizante, considerando os serviços substitutivos como os CAPSs (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003).

Os profissionais que estão se inserindo nos serviços de atenção ao usuário de drogas já compreendem a ideia da redução de danos, porém suas práticas ainda estão em processo de mudança e suas ações norteadas por crenças individuais e pela forma que cada indivíduo compreende as drogas e seu consumo (LIMA et al.2014).

A enfermeira na execução de ações com os usuários em situação de uso abusivo ou dependente de SPAs deve estabelecer relações multiprofissionais (BECK; DAVID, 2007), buscando contemplar ações específicas da enfermagem, mas também entendendo a complexidade do cuidado e a importância do cuidado integral a estes indivíduos.

As ações de enfermagem que podem ser desenvolvidas junto a usuários de álcool e outras drogas caracterizam-se pela recepção e identificação do perfil do indivíduo, desenvolvimento de ações educativas, busca da manutenção do vínculo entre o usuário e o serviço, o serviço e a comunidade e o usuário e a comunidade, e comunicando e encaminhando o usuário a outros serviços de saúde. Dentre essas ações podemos citar a prestação de orientações quanto ao padrão de consumo e prevenção de agravos a saúde aos usuários de álcool e outras drogas durante a consulta de enfermagem, construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de maneira conjunta com o usuário, construindo ações multiprofissionais e interdisciplinares como oficinas, proporcionar a assistência de maneira intersetorial, trabalhando em rede, realizar busca ativa na comunidade e incorporar práticas do programa de redução de danos, orientando o indivíduo (GONÇALVES; TAVARES, 2007).

As ações da enfermeira em saúde mental vêm se desconstruindo ao longo dos períodos, deixando de ser uma prática que se norteia pelo cuidado asilar e passando a ser uma prática baseada na reinserção deste indivíduo na comunidade, a partir de uma construção corresponsável do sujeito e do profissional. Os cuidados

em saúde mental pela enfermeira devem promover a manutenção do vínculo do usuário de SPAs com a RAPS, já que a mesma está inserida nos diversos serviços que compõem a rede, e desse modo, possibilita uma articulação efetiva dos serviços sociais e de saúde no cuidado a estes usuários de SPAs. Ainda há certas falhas nesse cuidado de enfermagem, principalmente quando se faz o recorte para usuário de SPAs e isso pode se caracterizar por diversos motivos como: deficiência no debate sobre uma nova política de drogas na graduação de enfermagem, descontinuidade no processo de construção de conhecimento acerca do tema e construção social sobre as drogas, consumo e serviços de saúde mental, baseado em padrões morais que criminalizam as drogas e seu consumo e estigmatizam os serviços de saúde mental, tal como seus usuários e profissionais.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2002) se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, que trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, aprofundando-se no universo dos significados das ações e relações humanas, que não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

### **4.2 Lócus da pesquisa**

O lócus da pesquisa serão os 03 (três) Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) localizados na cidade de Salvador/BA. O CAPSad é um serviço específico para assistência integral e continuada a saúde dos usuários de álcool e outras drogas, sendo preconizado que sua equipe mínima seja composta, dentre outros profissionais, por 01 enfermeira(o) com experiência e ou formação em saúde mental e 01 enfermeira(o) generalista. Foi escolhido por estar inserido na RAPS e ser um serviço que propõe a reinserção social dos usuários, promovendo acesso a direitos como a cidade, trabalho e lazer e fortalecimento dos laços com a comunidade e família, sendo um espaço de autonomia da enfermeira para desenvolvimento de suas ações (BRASIL, 2017).

### **4.3 Sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos do estudo foram enfermeiras que atuavam nos CAPSad do município de Salvador/Ba. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeira sem atuação na atenção em saúde mental em CAPSad há pelo menos 6 meses e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B). Foram identificadas 9 enfermeiras e 1 enfermeiro, contudo foram entrevistadas 6 enfermeiras dos serviços supracitados com tempo de atuação entre 2 e 4 anos.

### **4.4 Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, com o CAAE 62462016.7.0000.0057 (ANEXO A), considerando os

aspectos éticos que constam na resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que considera o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos que dispõe sobre ética em pesquisa com seres humanos. As entrevistas foram realizadas individualmente em ambientes privados e todas participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B) com o completo esclarecimento sobre a pesquisa.

#### **4.5 Coleta de dados e instrumento de coleta**

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2017 a agosto de 2018. O instrumento utilizado para coleta dados foi a entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). A entrevista semiestruturada foi realizada através de um roteiro temático que combina perguntas fechadas e abertas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto e o pesquisador pode seguir um conjunto de questões previamente definidas, construindo um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal (BONI; QUARESMA, 2005). Para aproximação com os sujeitos da pesquisa foram realizadas visitas ao serviço antes da aplicação da entrevista para observação das ações desenvolvidas pelos sujeitos nos serviços. Não foi possível entrevistar todas as enfermeiras por dificuldades encontradas pela pesquisadora, visto que, as enfermeiras e o enfermeiro estavam, em sua maioria, nos plantões noturnos ou nos finais de semana, inviabilizando a realização da entrevista.

#### **4.6 Análise de dados**

Na análise de dados foi utilizada a análise de conteúdo temática, a qual foi executada em três fases: a pré-análise, a qual correspondeu à fase de organização propriamente dita, e envolve a “leitura flutuante”, ou seja, primeiro contato reflexivo da pesquisadora com a construção de hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentassem a interpretação do material empírico; posteriormente procedeu-se a fase de exploração do material, a qual consiste na codificação dos resultados; e, por fim, o tratamento dos resultados, construção das categorias temáticas, interpretações e diálogos com literatura (BARDIN, 2009).

As entrevistas realizadas foram transcritas e a partir da transcrição foi realizada a seleção do material a ser analisado, construção de categorias e organização destas em temas. Em seguida foram escolhidas as unidades de codificação, que adotam os seguintes procedimentos: codificação (escolha de unidades de registro e escolha de categorias em razão de características comuns), classificação semântica e a categorização. Escolhidas as unidades de codificação, blocos foram classificados a fim de expressar determinadas categorias que confirmem ou modifiquem aquelas presentes na hipótese e referencial teórico inicialmente apresentado. Em seguida foram interpretados os resultados, tornando-os válidos e significativos, considerando os conceitos e proposições. Foram utilizados nomes de cientistas negras para identificar as enfermeiras em seus respectivos relatos. Os nomes escolhidos foram: Alice Ball, Mamie Phipps, Jeanne Spurlok, Maria Beatriz do Nascimento, Luiza Barros e Anita Canavarro.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram entrevistadas 6 enfermeiras que atuam em CAPSad no município de Salvador/BA, dessas, 2 possuem curso de especialização em saúde mental, 2 participaram da residência multiprofissional em saúde mental da UNEB, 2 possuem mestrado com a temática drogas como componente da linha de pesquisa e 2 possuíam outro vínculo empregatício. As entrevistadas tinham entre 31 e 38 anos, 4 delas já tinham aproximação com a temática saúde mental, porém apenas 2 tinham interesse pela área específica de álcool e outras drogas, as outras 2 foram para os serviços pela possibilidade de ter mais de um vínculo empregatício por conta da carga horária estabelecida.

Durante as entrevistas, e partir do roteiro de perguntas utilizado, emergiram discussões acerca da abordagem psiquiátrica na graduação em enfermagem, o que é compreendido pelas enfermeiras sobre o uso de drogas na sociedade, as experiências até a atuação no CAPSad, como se dá a assistência de enfermagem neste serviço e qual compreensão das entrevistadas acerca da política de redução e das ações de redução de danos promovidas por elas.

A seguir serão apresentados os resultados, organizados em categorias, construídas no processo de análise. As categorias encontradas foram as seguintes: os desafios para implantação das ações de redução de danos e ações desenvolvidas pela enfermeira no CAPSad.

### **5.1 Os desafios para implantação das ações de redução de danos**

A análise desta categoria resultou em três subcategorias: abordagem da saúde mental na graduação com a perspectiva hospitalocêntrica e o moralismo como barreira no desenvolvimento das ações de redução de danos.

#### **5.1.1 “A loucura como a loucura, bem manicomial mesmo”: abordagem da saúde mental na graduação com a perspectiva hospitalocêntrica**

A construção desta subcategoria emergiu a partir da percepção da formação das entrevistadas ainda na perspectiva manicomial, medicalizante e hospitalocêntrica e dessa formação ser um obstáculo para compreensão e adesão às ações de redução de danos por parte das enfermeiras.

Patriota (2011) elucida que é necessário entender que a convicção antimanicomial não surgiu como pura ideologia, mas como consequência de estudos que questionaram os dispositivos e as estratégias de dominação e anulação dos sujeitos, que resultaram na (des)atenção à saúde mental.

Quando questionado às enfermeiras entrevistadas acerca do processo formativo em saúde mental foram percebidos os seguintes aspectos:

"Na formação tem pouquíssimo contato, eu lembro que minha carga horária de saúde mental na UNEB foi baixíssima, muito pequena mesmo. E na minha época de estudante na graduação a prática era no Juliano Moreira e foi, assim, uma frustração para gente. Quando a gente chegou no Juliano Moreira um olhando para cara do outro, não tinha nada para fazer lá..." (Alice Ball)

"Na minha graduação a gente vivenciou a psicologia, a gente foi conhecer hospitais psiquiátricos, até mesmo hospitais gerais com leitos em saúde mental e a psicologia, em si, dizendo "ó tal doença, assim, para você lidar assim" em momento nenhum foi falado sobre vínculo, sobre manejo, sobre atenção a crise, a gente mal sabia sobre a existência de CAPS..." (Jeanne Spurluk)

Vargas; Duarte (2011) apontam que existe pouca preocupação das instituições formadoras com a saúde mental e a temática álcool e outras drogas no processo formativo das enfermeiras o que contribui para a desassistência dos usuários por parte dessas profissionais nos serviços.

A abordagem da saúde mental na perspectiva hospitalocêntrica, associada aos aspectos encontrados na fala da entrevistadas e às práticas, em sua maioria, apenas em serviços hospitalares ou que atuam na perspectiva do isolamento social, da medicalização e da anulação da autonomia do indivíduo acentuam a não adesão das enfermeiras pela assistência em saúde mental, a construção do cuidado apenas na perspectiva das ações técnico-assistenciais e manutenção de práticas que não consideram o cuidado desinstitucionalizado, tampouco a autonomia do sujeito na construção do cuidado. Contudo, a formação acadêmica, por si só, não é suficiente para transformação de concepções e práticas.

O cuidado em saúde mental ainda é envolvido pelo medo frente ao sujeito com transtorno, o que foi pontuado na fala a seguir:

"(...) quando cheguei na saúde mental, realmente, lá ainda tem um hospital psiquiátrico e a gente foi visitar e daquele jeito "ó vocês têm que ficar junto, uma porta vai ser aberta, outra vai ser trancada" era a loucura como a loucura, bem manicomial mesmo. (...) E lá no dia-a-dia, até mesmo os profissionais, a gente via o medo. Chegava a pessoa estava organizada,

estava dentro de uma crise, mas conseguia conversar e tudo, aí “ah meu Deus preciso dar medicação, olhe tem que ir alguém comigo, oh o tamanho dessa pessoa”. Era visão que eu tive de saúde mental e acrescido ao senso comum, que a mídia impõe, que a moral social impõe.” (Jeanne Spurluk)

O medo e o distanciamento do profissional com o sujeito, são baseados na construção social de o que o sujeito que tem diagnóstico de algum transtorno ou faz uso de algum tipo de droga e procura o serviço psiquiátrico é agressivo e que por isso é necessária a contenção e exclusão do mesmo. Elias (2012), aponta ainda que, o medo não é apenas da agressão, mas também do não saber do que fazer e dizer. Isso pode estar relacionado com o processo formativo de maneira superficial, com ausência de reflexão acerca da atuação profissional.

A abordagem psiquiátrica repercute de maneira direta no cuidado em álcool e outras drogas, proporcionando instrumentos que produzem a assistência na perspectiva da abstinência, do cuidado em reclusão e da estigmatização.

### **5.1.2 “O uso de droga representa, para sociedade preconceito, estigma...”: o moralismo com barreira no desenvolvimento das ações de redução de danos**

Vivemos numa sociedade que é estruturada na construção de bons e maus costumes, comportamentos classificados como adequados e inadequados, os quais refletem na maneira como o Estado desenvolve as suas ações e como os sujeitos em sociedade devem agir. Na história do Brasil, desde o período da colonização, foram determinadas quais drogas eram adequadas ou inadequadas para o uso, a caracterização dos sujeitos que faziam o uso e como a sociedade deveria lidar com cada qual.

De acordo com Boff (2003) a moral trata da prática real das pessoas, que se expressam por costumes, hábitos e valores culturalmente estabelecidos. Quando questionada sobre a compreensão das drogas na sociedade foi pontuado o moralismo no âmbito do uso de drogas:

“(...) nossa sociedade é muito moralista, né? Então, assim, no geral, o que você tem é, um olhar bastante moral, de que o uso de drogas é errado.” (Anita Canavarro)

Identificou-se a relação direta do uso de certas substâncias com questões de segurança pública, como a violência, justiça, como a criminalização, e moral:

“O uso de droga representa, para sociedade preconceito, estigma, tudo isso. É tudo de ruim. As campanhas que são realizadas são de combate as

drogas, criou-se uma guerra. Violência contra os direitos da pessoa, porque a pessoa tem o direito de usar drogas (...) a gente teve aqui recentemente, os outdoors espalhados pela cidade inteira que era “crack: cadeia ou caixão”. Isso é muito forte. É você dizer que o usuário só tem duas opções, ou ele vai preso porque ele é um bandido e não uma pessoa que tem um problema de saúde ou ele vai morrer...” (Mamie Phipps)

“Algumas drogas foram escolhidas para ser lícitas e outras ilícitas, né? Então, esse viés(...) tem um olhar bastante moralista, sobretudo por essa classificação de o que é lícito o que é ilícito e aí vem o peso da moral, né? Aquele que usa, sei lá, usuário de álcool, ele reproduz a mesmas violências que a sociedade contra usuários de drogas ilícitas porque ele acha que ele é o mais correto porque ele não usa droga, ele ainda fala assim “não uso droga, só bebo.” (Anita Canavarro)

“(...) e não atinge só o indivíduo, atinge todas as pessoas que estão em volta, inclusive a sociedade, porque aumenta também o número de violência, porque esses usuários perderam o emprego, perderam o vínculo familiar e eles precisam sustentar esse vício de alguma forma, então muitos vão pro mundo da criminalidade, fazer assaltos para poder ter o dinheiro de sustentar o vício...” (Luiza Barros)

A concepção do que é moral ou imoral, conjuntamente com a designação do que é lícito ou ilícito, e a correlação do uso de drogas com a violência e criminalidade promove a construção da compreensão de que drogas são apenas as substâncias ilícitas. Isso repercute diretamente na forma como as práticas sociais e assistenciais oferecidas aos que fazem uso de substâncias psicoativas são apresentadas no sentido da repressão, do proibicionismo, da abstinência, do isolamento, da não consideração dos aspectos sociais, políticos e psicológicos que envolvem o uso, e a criminalização do sujeito.

A moralidade no âmbito das drogas nos afasta da compreensão de que somos seres complexos e que cada experiência, como por exemplo o uso de drogas, é vivida de maneira diferente por cada indivíduo.

A construção do debate sob o caráter repressivo, visando unicamente o não consumo de drogas, define a droga com um mal que precisa ser exterminado, e coloca o usuário como sujeito indefeso e passivo diante da situação, e que o mesmo necessita de proteção e orientação (ADADE; MONTEIRO, 2013).

Outra ferramenta que promove a opressão é a estigmatização do usuário como sujeito criminoso, que também foi citada ao longa das entrevistas.

“[...] porque o usuário de droga é o criminoso, é o marginal, que vai me roubar, que vai me matar e é muito desafiador pra quem trabalha com isso porque você tem que se despir de muita coisa(...) as vezes a gente que está aqui a gente conversa, a gente sabe, mas quem tá lá fora ninguém quer saber, quem usa crack é o crackeiro, bandidão que tá ali pra assaltar a qualquer momento, cometer algum tipo de violência.” (Alice Ball)

Essa maneira de representação do usuário denota uma imagem negativa do sujeito promovendo o que Goffman (2006) considera como estigma social, o qual é resultado de uma sucessão de fatores históricos, nos quais, se responsabiliza o sujeito, de acordo com seus comportamentos, pelos danos sociais causados.

A estigmatização, ao rotular e denotar negativamente o usuário, potencializa a exclusão social desses usuários e reforça o imaginário social acerca do uso de drogas como comportamento inadequado, além de repercutir na assistência aos usuários, na medida em que, não considera as singularidades de cada um e de cada padrão de uso.

A questão política do debate sobre drogas foi pontuada pelas entrevistadas:

“Mas a grande questão da droga para mim está na ilicitude, numa questão macro, política, que acaba que os grandes poderosos, aqueles “traficantões”, que a gente não sabe, a gente até vê na TV, nos congressos da vida, mas que não vão facilitar muito a vida dos usuários. Os presídios estão lotados dos pequenos traficantes e dos usuários que são enquadrados com pequenos traficantes. Essa coisa de droga, de arma, isso tudo que tomou uma proporção absurda e que eu não vejo quando vai acabar não(...)” (Alice Ball)

“As leis deixam muito a desejar quando não consegue nem diferenciar um traficante de um usuário, eu acho que está tudo muito errado.” (Mamie Phipps)

“[...] não sei se a legalização em algum aspecto ia beneficiar porque tem muita coisa por trás disso, tem muita política por trás...” (Maria Beatriz do Nascimento)

O debate sobre as questões legais acerca do uso de drogas está cercado de interesses políticos, reforçados pela influência da mídia através da construção de espaços que endossam o uso de drogas como prática que deve ser combatida, através da repressão, da proibição e da abstinência, que dificultam o avanço na reformulação da política de drogas. Fiore (2012) pontua que o proibicionismo é uma maneira de simplificar o paradigma que rege a atuação do Estado em relação à um determinado conjunto de drogas ao estabelecer limites para uso de drogas lícitas/positivas e ilícitas/negativas.

Atrelado à forma como o Estado lida com âmbito das drogas é observada a crescente da guerra às drogas. Passos; Souza (2011) afirma que a guerra às drogas se tornou instrumento de controle social e estratégia para ampliação da economia neoliberal, com exercício do poder e da violência, a partir da intensificação da

economia bélica, compreendendo que a lógica de guerra às drogas e a lógica do consumo se alimentam e fortalecem mutuamente.

Identificou-se a reprodução do discurso do uso de drogas como danoso, comportamento inadequado, que apenas promove perdas e agravos:

“Agora eu acho um problema sério de saúde(...) por conta dos prejuízos que elas causam. É muito, muito problema por conta dos prejuízos causados, da desestrutura que causa em tudo. Seria o ideal de consumo, um consumo controlado, mas só que aí vem vários fatores externos que vem modificando e vira o que a gente vê, a necessidade do cuidado, a necessidade dos serviços por conta do descontrole do uso e dos problemas relacionados, os problemas que elas causam.” (Maria Beatriz do Nascimento)

Considerar uso de drogas como prejuízo e descontrole sugere a droga é um ser produtor desses aspectos, que age de maneira independente que o uso deve ser evitado. (ADADE; MONTEIRO, 2013). A construção do cuidado na perspectiva do controle do uso, anulação do sujeito e a compreensão da necessidade de serviços apenas na situação de uso problemático e não nas ações preventivas proporciona a assistência ainda pautada na abstinência repentina e suspensão do uso de drogas como única possibilidade para reabilitação.

Por outro lado, durante as entrevistas também foi percebido que as entrevistadas consideram o uso de drogas como parte da construção das sociedades:

“Rapaz acho que droga sempre existiu, sempre vai existir. Cada um tem um limiar de tolerância pra ele.” (Alice Ball)

“[...] quando você pensa em álcool e outras drogas é o que a televisão te mostra e que prega a abstinência. Ai trabalhando aqui eu comecei a pensar assim “as drogas fazem parte da sociedade desde cedo e aí, pro ser humano, a droga é uma forma dele aliviar alguma coisa”. (Jeanne Spurlok)

“[...] apesar de que a droga vem de anos de civilizações e o uso sempre foi feito de uma forma recreativa, foram modificando muitas substâncias, foram trazendo muita coisa sintética e foi virando isso que virou agora.” (Maria Beatriz do Nascimento)

“[...] historicamente todas as sociedades usam droga, a maioria das pessoas usam drogas, de alguma forma as drogas têm função na vida de todos os sujeitos...” (Anita Canavarro)

SIMÕES, (2008); FERNANDES; FUZINATTO, (2012) apontam que há a construção da compreensão de que o consumo de SPAs é elemento do todo que é a vida do usuário, que ele pode ter diferentes relações com a droga e que seu uso, quando problemático, geralmente está associado a fatores externos ou intrínsecos que devem ser considerados.

A compreensão do uso de drogas como um comportamento que faz parte da construção das sociedades, que é inesgotável, e a partir da perspectiva da saúde mental é fundamental para construção de práticas e políticas públicas que instrumentalizem os profissionais para que possam assistir os sujeitos que fazem uso problemático de maneira integral, qualificada, respeitando sua singularidade e escolhas, considerando os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, compreendendo a reabilitação psicossocial dos sujeitos.

Durante as entrevistas foi identificada a comparação entre o cuidado com o paciente que tem algum distúrbio psiquiátrico e o sujeito em uso problemático de drogas.

"Eu lembro que a primeira vez que eu acolhi um usuário foi na residência, eu acolhi um usuário de crack, falei "velho se eu visse esse homem na rua eu ia sair correndo, eu ia atravessar, eu ia ficar com medo, mas o cara está aqui na minha frente pedindo ajuda", é muito assim, você tem que se trabalhar também. Uma coisa é você trabalhar com o "doido", o esquizofrênico, o cara malucão mesmo, e outra é trabalhar com uma pessoa que se não fosse a droga ela não teria um "problema", seria normal né? E aí por conta da droga ele tá aqui pedindo sua ajuda." (Alice Ball)

Essa compreensão acerca da diferença entre a assistência ao usuário de drogas e ao sujeito com algum distúrbio psiquiátrico resulta da dinamicidade do cuidado em saúde mental, da compreensão da loucura e do uso de drogas como um problema. O sujeito que vai à um serviço, como CAPSad, por conta do uso problemático é tido como um indivíduo que tem um questão muito bem delimitada, que é o padrão de uso, e que, ao cessar esse uso, o indivíduo voltará a ser um sujeito tido como normal. Já o indivíduo com algum distúrbio psiquiátrico é tido como louco que não tem possibilidade de reabilitação. Desse modo há a idealização da assistência ao indivíduo que tem algum distúrbio como mais fácil, com o sujeito passivo nesse processo, e ao usuário de drogas como mais dificultosa, já que o indivíduo é mais ativo e questionador.

Durante as entrevistas percebeu-se a pontuação do perfil de usuários que vão aos serviços:

"Os que mais chegam são usuários de álcool, acho que também por ser uma droga lícita, de mais fácil acesso, menos "preconceito" com o uso..."(Alice Ball)

A busca por serviços de saúde de maneira mais facilitada pelos usuários de drogas lícitas como o álcool e tabaco é consequência da associação de fatores como a estigmatização, a consideração do que é adequado ou inadequado e a compreensão de que estes serviços devem ser buscados apenas em momentos de uso problemático. O processo de busca do serviço e manutenção do vínculo dos usuários de substâncias psicoativas com os profissionais é dificultado por esses fatores e da não consideração do uso de drogas como uma questão de saúde.

## **5.2 Atuação da enfermeira no CAPSad**

Durante o processo de análise desta categoria emergiram duas subcategorias: a resignificação da assistência da enfermeira no CAPSad e a compreensão da redução de danos como uma estratégia de promoção da saúde. Nesta categoria iremos discutir sobre os instrumentos de trabalho utilizados pela enfermeira na construção da assistência aos usuários de drogas no CAPSad e a consideração das ações desenvolvidas como uma ferramenta de redução de danos.

### **5.2.1 “Meu deus, cadê os meus instrumentos de trabalho?”: a resignificação da assistência da enfermeira no CAPSad**

Durante as entrevistas percebeu-se a colocação do cuidado e o acolhimento, na promoção da assistência como instrumentos de trabalho:

“O contato, o discurso, a fala, o acolhimento, a nossa ferramenta de trabalho é o cuidado e o cuidado a gente pode dar de diversas formas, né? (...) eu acolho, eu escuto, eu cuido em qualquer espaço. Eu não to deixando de fazer enfermagem. Na primeira vez que eu cheguei no CAPS eu fiquei me coçando toda “meu deus, cadê os meus instrumentos de trabalho? Os protocolos, as coisas”, depois dei uma sacada que eu to fazendo enfermagem, só não to com os instrumentos que eu fui acostumada a usar nos 5 anos de graduação. O acolhimento que eu faço não é o mesmo que a TO faz, que a psicóloga faz.” (Alice Ball)

“(...) a gente termina tendo que ter outras habilidades para dar conta de um serviço como esse(...) então o papel da enfermeira aqui é muito diferente.” (Mamie Phipps)

“Na prática na unidade em que eu to atuando é bem diferente do que a gente aprende. Nossa prática é muito adaptada a realidade dos nossos usuários, que foge um pouquinho da teoria...” (Maria Beatriz do Nascimento)

Costa; Garcia; Toledo (2016) consideram que o acolhimento se aproxima do cuidado de enfermagem, visto que, ambos compreendem a construção de relações interpessoais, com objetivo de reconhecimento do sujeito dotado de condições subjetivas e objetivas e que está imerso num contexto, e da oferta de conforto.

Durante a graduação somos aproximados das técnicas, dos protocolos, dos manuais, contudo, outros instrumentos mais subjetivos são menos considerados nesse processo. Na assistência aos usuários de álcool e outras drogas instrumentos como a escuta qualificada, o acolhimento, criação do vínculo são fundamentais para construção de uma assistência continuada, visto que, esses usuários podem chegar ao serviço fragilizados em diversos aspectos e o cuidado de maneira mais fria e dura pode resultar em ações pontuais e superficiais que não considerem aspectos subjetivos daquele usuário.

Filho; Moraes; Peres (2009), apontam que a prática da enfermeira não tem como base apenas normas e rotinas, sendo construída e desconstruída neste cenário de atuação, considerando as comunicações intersubjetivas estabelecidas entre os atores envolvidos nesse processo.

Foi pontuado o funcionamento dos CAPSad de acordo com o perfil de usuários nas falas das entrevistadas:

“Como esse CAPS ele é muito específico, por estar aqui no centro, ele trabalha com a população que tá em situação de rua, que muitas vezes chega na atenção básica cria-se uma barreira de acesso...” (Mamie Phipps)

"Usuários de álcool e outras drogas, principalmente de álcool. Também temos alguns usuários que em algum momento já fizeram uso de álcool e outras drogas e já fizeram acompanhamento aqui por um tempo, ou já não faz mais uso de álcool ou outras drogas, mas continua no serviço. Tem usuários que tem apenas transtorno, que veio parar aqui por conta do uso de substância, mas que não é um uso relevante, não deveria estar fazendo acompanhamento aqui, mas por falta de outros profissionais nos outros CAPSs vão ficando e a gente vai dando conta." (Maria Beatriz do Nascimento)

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003) os CAPSad podem abrigar em seus projetos terapêuticos práticas que contemplem a flexibilidade e abrangência possíveis e necessárias para a especificidade do cuidado no âmbito de álcool e outras drogas. Podem funcionar nas modalidades de atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, o que permite o planejamento terapêutico na perspectiva individualizada de evolução contínua, possibilitando intervenções precoces.

A compreensão de que é um serviço apenas para o cuidado do uso problemático e a institucionalização dos usuários neste serviço, por parte dos profissionais da rede, promove a assistência de maneira fragilizada e pontual, não considerando as demais questões de saúde e social que o indivíduo tem. O território

onde o serviço está localizado também infere sobre qual o perfil da população que será atendida, quais instrumentos de trabalho os profissionais terão que usar na construção desse plano de cuidados e a capacidade de se reinventar.

Durante as entrevistas questionou-se às enfermeiras quais eram suas atividades desenvolvidas naquele serviço:

“E aí eu hoje desenvolvo um grupo de acolhimento junto com a psicóloga, toda segunda-feira. É um grupo pra pessoas novas, que estão chegando no serviço para entender como é a dinâmica, para formar a demanda em si e para entender como funciona o serviço e se é isso mesmo que ele (usuário) quer (...) tem 1 ano que eu to na oficina aventura musical e a banda CAPS. Além de fazer grupo da justiça, que vem para cá cumprir medidas socioeducativas, porque foi pego numa blitz, aí recebe uma intimação para cumprir um número X de encontros.” (Alice Ball)

Batista; Ribeiro (2016) consideram que a música é capaz de resgatar de melhorar a autoestima, transformar realidades e proporcionar alegria e relaxamento. Sekeff (2007) traz que a música é um recurso de estímulo e integração do indivíduo com o meio, favorecendo o desenvolvimento de potencialidades.

A música é uma ferramenta de aproximação, socialização e de promoção de felicidade, boas sensações, sendo uma ótima ação para promoção de saúde aos usuários e da construção de vínculo. O grupo de justiça também é um instrumento potencializador na perspectiva da educação em saúde, da compreensão do que é droga, do uso e também para construção da autonomia e de significado do uso.

Outra atividade relatada foi a realização do grupo feminino:

“[...] Eu tenho um grupo feminino, a gente trabalha as questões de gênero, os temas abordados são geralmente ligados a questões mesmo do dia a dia, dessa vivência feminina nessa sociedade(...) além de ser técnica de referência de usuários, onde a gente traça o Projeto Terapêutico Singular com esse usuário, a gente desenvolve todas as articulações de rede (...) atua articulando essa rede tanto em matriciamento de serviço, a gente acompanha os casos compartilhados com a rede, faz estudos de caso, a gente enfermeira também desenvolve alguns grupos e oficinas.” (Mamie Phipps)

Segundo Medeiros; Maciel; Souza (2017) existe a compreensão de que o uso de droga resulta na ruptura da mulher com padrões normativos, afastando-a dos papéis sociais e à sua desvalorização. A consideração das questões de gênero na construção e desenvolvimento das atividades é um elemento fundamental para assistência na perspectiva da redução de danos, visto que, no contexto do uso de drogas observamos a reprodução de mecanismos de opressão resultante da

consideração do uso de drogas como não pertencente ao universo feminino. Desse modo, a mulher que faz uso de droga pode ser desassistida nesse contexto.

"A gente faz o acompanhamento, a gente faz orientação diretamente aos usuários que estão aqui de cuidado e autocuidado, as oficinas que tinham antes e estamos remodelando, as oficinas de saúde que são os profissionais de enfermagem que fazem..." (Maria Beatriz do Nascimento)

Sousa; Medeiros (2017) elucidam que as oficinas terapêuticas favorecem a melhora da comunicação com o sujeito, promovendo maior expressão de emoções e sentimentos e a reabilitação possibilitando a construção subjetiva de afetos.

Ações como as oficinas são fundamentais para construção do vínculo, integração dos usuários com o serviço, com os profissionais e com os outros usuários, a construção da consideração do sujeito para além do seu padrão de uso. Desenvolvidas pelas enfermeiras podem ter um potencial de saúde, orgânica e psicossocial, elevado a partir dos conhecimentos adquiridos e da construção da assistência a partir da consideração de vários aspectos.

Outra prática citada durante as entrevistas foi a acupuntura:

"Eu tenho especialização em acupuntura, então eu trouxe isso pro serviço(...) eu faço acupuntura, tanto acupuntura auricular, respeitando um protocolo norte-americano que a gente segue para dependentes químicos e além do protocolo, como eu faço uma anamnese antes, eu já sei mais ou menos os problemas clínicos que a pessoa tem." (Mamie Phippis)

Eickhoff; Oliveira; Busnello (2017) consideram que as práticas integrativas possibilitam novas alternativas terapêuticas para os usuários de álcool e outras drogas, indo além da terapêutica medicamentosa. Proporcionam além da recuperação da saúde, a prevenção de riscos e danos, ampliando a visão do autocuidado.

O uso de práticas integrativas na assistência em álcool e outras drogas é uma ferramenta que considera questões relacionadas ao uso de drogas, como a ansiedade, que, associada à outras atividades, pode resultar em uma melhora no padrão de uso do sujeito ao considerar questões que são tidas como secundárias no processo do uso, mas que interferem diretamente neste. São aspectos que nem sempre estão tão aparentes e não podem não ser considerados durante a assistência, mas que, com olhar apurado, podemos perceber e através dessas práticas promover a reabilitação nesse sentido.

A desinstitucionalização do usuário é uma das propostas do cuidado. Durante algumas falas percebemos a atuação das enfermeiras nesse sentido:

“A gente também desenvolve esse grupo fora do CAPS, a gente fez uma parceria com o museu (...), então uma vez na semana, quatro dias no mês, dois dias a gente pode utilizar a biblioteca e fazemos algo baseado nessas ferramentas pra enriquecer a roda de conversa ou discussão e os outros dois dias vamos pra lugares como a praia, pra lugares fora do CAPS (...) porque a intensão do CAPS é trabalhar extra muros, da reinserção social desses usuários. Então o meu grupo visa também esse outro lado do lazer, discute os temas, mas também utiliza outros lugares diferentes para fazer essas rodas, essas atividades.” (Mamie Phipps)

“Temos também oficinas que desenvolve passeios culturais fora daqui que também é interessante, eles escolhem um lugar que eles gostariam de ir.” (Luiza Barros)

A promoção de atividades culturais e fora do serviço é fundamental para que o usuário compreenda que o cuidado não está apenas dentro do serviço e que existem outras formas de promover saúde além da ida aos serviços como CAPSad. A partir da construção dessas atividades proporcionamos a compreensão de saúde é um conjunto de atividades, medidas e ações que resultem no bem-estar e que os profissionais e serviços de saúde estão para serem facilitadores no processo de construção da saúde. Que existem outros serviços sociais, culturais, jurídicos e de trabalho que são direito garantido.

É importante a construção do vínculo do serviço e dos profissionais com os usuários, mas também a compreensão de que o cuidado é corresponsabilizado e que o sujeito tem autonomia nesse processo. A realização de atividades fora do serviço colabora para compreensão destes aspectos.

As enfermeiras entrevistadas relataram as atividades técnicas que fazem parte do cuidado:

“Aqui não tem, mas deveria ter um posto de enfermagem, com um leito que a gente pudesse fazer uma desintoxicação leve e aí sim seria do nosso núcleo e nenhum outro profissional poderia fazer (...) a gente também faz administração de medicamentos, que é só da equipe de enfermagem.” (Alice Ball)

“(...) nós temos os leitos para desintoxicação feminina e masculina (...) a gente também acolhe na enfermaria, faz a anamnese, a avaliação física e clínica desse paciente, dá os encaminhamentos. Nem todos os procedimentos de enfermagem são realizados dentro de um CAPS, curativos, passagem de sonda não são desenvolvidas no CAPS, por mais que a gente tenha a enfermaria, aqui nós fazemos mais a administração de medicamentos das pessoas que fazem uso supervisionado, fazendo o aprazamento a partir da prescrição do médico psiquiátrico do serviço e hidratação tanto oral, quanto venosa” (Mamie Phipps)

Vargas; Oliveira; Duarte (2011) apontam que nos serviços substitutivos o núcleo específico da enfermeira é ampliado, tendo como objetivo as interconexões entre os diferentes núcleos de atuação, a fim de incorporar suas ações no campo psicossocial e que estas sejam favoreçam a reabilitação do usuário de maneira integral.

Dessa forma, a enfermeira do CAPSad tem a possibilidade de atuar de maneira a expandir seus saberes e práticas, atuando para além das ações específicas do seu campo.

Ayres (2009), aponta que cuidado em saúde é tido, normalmente, como o conjunto de procedimento técnicos com o objetivo de encontrar êxito em um determinado tratamento, e esse aspecto foi percebido em algumas falas das entrevistas, sendo ainda dificultosa a compreensão de ações não técnicas como parte do cuidado da enfermeira.

É fundamental o desenvolvimento de ações e espaços que proporcionem o encontros intersubjetivos, apoiados na tecnologia, mas sem resumir a ação de saúde a ela. O cuidado deve, verdadeiramente, articular as ações técnicas e não técnicas, a fim de intervir numa perspectiva além do alcance de um estado de saúde pré-estabelecido, como, por exemplo, a premissa da abstinência (AYRES, 2004).

Durante algumas falas, ainda percebemos o sentimento de frustração por parte das enfermeiras:

“Uma coisa que a gente lida muito aqui, pelo menos eu tenho aprendido isso enquanto profissional, é a frustração. Poxa o usuário está legal, está indo está indo e recai, poxa... Dá vontade de chorar (risos), mas a gente vai, “vamos lá, a gente não vai desistir de você não.” (Alice Ball)

“É um clínica também que a gente aprender a diminuir nossas expectativas, a gente como classe média e tudo, aprende que a gente tem que estudar, trabalhar, montar a família e ser alguém na sociedade e tipo, todo mundo é alguém na sociedade, mas ai tem que ver o papel de cada um e ai diminuir isso. Tirar os nossos valores quando a gente está lidando com o outro, a vida do outro. Quais os valores dele? O que é importante para ele? O que ele quer alcançar? E aí a droga entra aí só como mais uma coisa na vida dele, desorganizando a vida dele. A maioria das vezes, por experiência desses quatro anos, ela não é o principal.” (Jeanne Spurlok)

Esse sentimento de frustração resulta da construção da enfermeira como salvadora do sujeito o qual ela está assistindo. Somos impulsionadas a buscar sempre a reabilitação dos usuários, como se fosse um fator dependente apenas de nós, mas não aprendemos a trabalhar essa relação de não alcance das

expectativas, que muitas vezes são criadas por nós, e que podem ser diferentes das do usuário.

Contudo, a questão da carga horária de trabalho foi observada como obstáculo para o desenvolvimento de ações no serviço:

"Aqui no CAPS a gente tem uma carga horária que, para mim(...) não é bom porque é muito pouco tempo no serviço, 20h. 20h para mim é muito pouco, pra gente desenvolver um trabalho legal, né? E aí, eu desenvolvo essas 20h em 5 turnos." (Alice Ball)

"Eu, particularmente, tenho conseguido, precariamente, fazer atendimentos individuais porque a escala, por ser uma carga horária reduzida para os enfermeiros e pela especificidade do serviço tem a necessidade de os enfermeiros trabalhar a noite, então fica muito reduzido nosso espaço de tempo útil durante o dia para fazer atividades." (Maria Beatriz do Nascimento)

Outro fator percebido foi a precariedade da RAPS:

"A rede é muito precária, a gente pra fazer um acolhimento 24h de um usuário a gente precisa acessar outro serviço, fazer uma pactuação que muitas vezes não é fácil com o único serviço 24h que a gente tem, e é muito difícil porque as vezes o usuário "eu vou fazer o que lá se eu não conheço ninguém lá?" e a gente fica sem ter resposta pra dar. Fora a quantidade de CAPSad que é pequena pra uma cidade tão grande, a quantidade de CAPS II pra transtorno também é pequena, tem um CAPS III, a emergência falha, não tem leito de saúde mental em hospital geral (...) a gente ainda precisa contar com os hospitais na rede. Essa coisa da consolidação da RAPS, rapaz é um desafio muito grande..."(Alice Ball)

Responsabilizar apenas os trabalhadores do CAPSad pelo cuidado aos usuários de drogas resulta na sobrecarga de trabalho que, associada a carga horária de trabalho reduzida destes profissionais e a fragilidade da RAPS, promove assistência descontinuada ao usuário e a permanência desse usuário no serviço.

### **5.2.2 "E a gente tenta minimizar os danos de todas as formas, né?": a compreensão da redução de danos como estratégia de promoção da saúde**

A redução de danos surge como uma política alternativa às práticas pautadas no proibicionismo na construção da assistência em álcool e outras drogas. Esta política propõe a consideração do usuário como um sujeito de direitos e não a partir da estigmatização e da criminalização. A portaria 1.028/2005 é o marco legal que torna a política de redução de danos orientadora das práticas neste campo. Contudo a sua compreensão e implementação como estratégia de promoção de saúde ainda é confusa entre as enfermeiras.

Questionamos as entrevistadas acerca da sua compreensão sobre redução de danos:

"Bom, a política de redução de danos é algo que vem justamente para quebrar o paradigma do proibicionismo das drogas, a guerra às drogas, então a gente vem com outro olhar porque a guerra às drogas não vai resolver o problema de saúde pública das drogas. (...) vem entendendo que esse uso e esse abuso de substâncias ela é um problema de saúde, então a gente precisa buscar (...) uma forma holística de ver aquela pessoa. Na verdade, é uma política que a gente importou, começa lá na Europa e aí a gente traz para o Brasil justamente nessa época, nos anos 90 ela chega aqui e aí isso foi se desencadeando e ganhando força dentro das políticas de drogas." (Mamie Phipps)

"Conheço a política de redução de danos e essa política que, inclusive, orienta o trabalho do CAPSad né? (...) o que eu conheço da política de redução de danos é que ela tem a centralidade no usuário, essa política ela, ao contrário daquilo que se prega de, apenas a abstinência, a gente pensa em situações possíveis para reduzir danos, no nosso caso aqui é o uso de substâncias psicoativas, tanto redução de danos quanto de risco, redução e prevenção também..." (Anita Canavarro)

A política de redução de danos é uma estratégia de cuidado que está para além da assistência em saúde no âmbito das drogas, considerando aspectos jurídicos e legais e lutando pela garantia de direitos dos usuários de drogas. Santos, Soares, Campos (2010) consideram que incorporar ações de redução de danos, em meio as contradições sociais e de saúde que envolve o campo das drogas, proporcionou as discussões acadêmicas e dos serviços considerado a ética, os direitos humanos e do engodo proibicionista, constituindo a redução de danos como um movimento político que busca trazer respostas para essas contradições.

As entrevistadas demonstram conhecer teoricamente a política, contudo, para alguns profissionais e para sociedade, ainda não se apresenta de maneira muito bem definida, o que pode resultar na dificuldade de associação da teoria com a prática profissional. De acordo com VINADÉ, CRUZ; BARBEITO (2015) a implementação as prática de redução de danos é dificultosa pela compreensão moral e religiosa de uma sociedade sem drogas, a partir da abstinência completa e repentina.

Desse modo, foi percebido a distorção da proposta da política de redução:

"A redução de danos vai funcionar para alguns, mas não para todos (...) tem uns que desejam realmente parar e tem outros que não desejam você vê que a redução de danos com ele não funciona (...) aquele paciente que ele é tão dependente da droga, que ele não encontra mais prazer em nada além da droga, esse é mais difícil você conseguir fazer essa redução, tem que realmente fazer a abstinência..." (Luiza Barros).

Lopes; Gonçalves (2018), elucidam que ações pautadas na política de redução de danos são percebidas como o estímulo à manutenção do uso e que essa concepção é difundida na sociedade pelos discursos sustentados pela justiça, pela

mídia e projetos políticos, resultando em práticas que pautem o cessar do uso e associação com a criminalidade, o que reforça os estigmas acerca do usuário.

É observada, de fato, a compreensão distorcida da redução de danos, de que a política visa apenas à suspensão do uso de drogas e não a construções de ações que promovam autonomia para o usuário, garantia de direitos sociais e de ações, ações de prevenção de riscos e dano, promoção e reabilitação. Essa distorção reflete na construção de ações ainda pautadas na abstinência, no não uso de drogas e na consideração do uso de drogas como algo que não deve ser prazeroso e o desenvolvimento destas ações nessa perspectiva se relaciona diretamente com o sentimento de frustração frente à retomada do uso pelo sujeito após uma abstinência muitas vezes oferecida de maneira repentina.

Durante as entrevistas percebeu-se que houve a associação da redução de danos como estratégias apenas para o uso problemático e da utilização desta apenas por estar pautada como estratégia de saúde preconizada:

“E aí assim, trabalhar com a redução dos danos é trabalhar com o contraditório o tempo inteiro, é pensar que o cara está reduzindo os danos se ele continuar usando maconha e diminuir o crack, né? Ele está reduzindo o dano se ele continuar tomando cerveja e parou de tomar o conhaque, um litro um dia todo, mesmo que ele continue bebendo, mas tá melhor. Às vezes a gente olha e gostaria que ele parasse total de tudo, mas às vezes é difícil e até impossível mesmo.” (Alice Ball)

“A gente quando vem fala assim “ó vocês trabalham com a redução de danos que é o que o ministério da saúde preconiza” e quando a gente acolhe o usuário “você está aqui, a política é essa”, e aí a redução de danos não é só abstinência, a abstinência faz parte dela, mas você pode escolher seu uso, manter seu uso e aí a gente vai tentar reduzir os danos e os riscos desses usos, você pode diminuir porque acha que de alguma forma tá demais, você pode fazer uma troca por uma substância que você já usa, mas que ela causa menos danos ou você pode chegar a abstinência também que faz parte da redução de danos...” (Jeanne Spurluk)

Essa compreensão da política de redução de danos e de suas ações está relacionada com ausência de mudança nas concepções acerca do uso de drogas, de como o processo de implementação da política ainda está acontecendo e que a transformação do imaginário social sobre o uso de drogas reflete na assistência. Para que a redução de danos seja assimilada de fato, na construção de ações preventivas, de promoção e reabilitação da saúde devemos pautar a ressignificação social do uso de drogas.

Contudo, em algumas falas foi identificada a compreensão das ações pautadas na redução de danos como uma ferramenta de promoção da saúde:

"(...) e a gente tenta minimizar os danos de todas as formas, né? Na questão de tentar facilitar benefícios sociais, se a pessoa se enquadrar, tentar reinserir em alguma atividade laboral." (Alice Ball)

"(...) acho que tudo envolve né? É tentar ver a pessoa como um todo mesmo, de forma integral. E aí, muitas vezes se a gente achar que é só aquela questão de saúde, não olhar para o resto, para as questões sociais, "ah você tem que se alimentar melhor", mas a pessoa não tem como fazer compras para se alimentar melhor. Então se eu não olhar para o social eu também vou enxugando gelo." (Mamie Phipps)

"Então, assim, a gente trabalha tanto na identificação desses riscos e danos, identificação enquanto profissional, e também ajuda o usuário a identificar essas situações (...) e aí de diversas formas, diversas instâncias na vida da pessoa, o quanto que essas situações atingem a vida individual, a vida familiar, a vivência dele em sociedade né?" (Anita Canavarro)

Gomes; Dalla (2018), pontuam que ações de promoção da saúde contribuem para o protagonismo dos sujeitos em sua qualidade de vida e saúde, sendo um contraponto a medicalização da assistência.

Incorporar essa compreensão mais ampla na assistência desenvolvida pelas enfermeiras nos CAPSad permite a construção de ações intersetoriais e que proporcionam ao usuário do serviço a promoção de ações de saúde a partir da consideração de outros aspectos como o direito à moradia, a cidade, trabalho, cultura e lazer, além da articulação com serviços de assistência social e jurídico, além de promover a autonomia e corresponsabilização do cuidado como sujeito.

Por fim, durante as entrevistas emergiram caminhos que podemos trilhar:

"(...) não acho que a droga seja o mal da humanidade, acho que mal da humanidade seja a violência, a falta de amor mesmo, sabe? Das pessoas não se importarem umas com as outras, de não se colocarem no lugar do outro." (Alice Ball)

"(...) eu acho que a sociedade precisa mudar muito ainda para que a gente consiga vencer esse problema. Não é vencer assim, porque a gente assim acaba reproduzindo que isso é uma guerra, que é preciso combater, vencer, mas assim precisa olhar para as drogas de uma forma diferente, e não da punição, da tirania, porque eu acho que os governos atuam é um governo de tiranos." (Mamie Phipps)

A percepção humanista e social na assistência aos usuários de álcool e outras drogas pelas enfermeiras é fruto do processo de transformação da formação, das práticas profissionais, que permitem a ampliação do olhar no âmbito das drogas. A redução de danos enquanto política institucionalizada permite o fortalecimento

desta transformação proporcionando a inserção da temática na formação dos profissionais e viabilizando serviços para atuação destes profissionais, além das ações no território que promovem o contato com a comunidade, com os usuários e construindo uma nova compreensão do que são as drogas e do que envolve este campo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de redução de danos, mesmo já institucionalizada, tem sua adesão e implementação dificultada pelas questões morais, sociais e políticas que envolvem o campo das drogas, principalmente no que tange a consideração do uso de drogas como parte da vida dos sujeitos e a luta pela garantia da cidadania dos usuários, que historicamente foram criminalizados e estigmatizados.

Neste estudo foi possível perceber avanços na assistência da enfermeira no campo das drogas. Contudo, o processo de formação das enfermeiras ainda tem vertentes da assistência manicomial e hospitalocêntrica que, no cuidado em álcool e outras drogas, distancia a prática de um cuidado em rede, da desinstitucionalização do usuário, da construção de autonomia e corresponsabilização do indivíduo com o seu plano de cuidados, além de corroborar para ações que compreendam o sujeito que faz uso de drogas como alguém que precisa de intervenções imediatas para recuperação da saúde e do uso de drogas como um problema.

Práticas institucionais como o proibicionismo e guerra às drogas são impulsionadoras do ideal de uma sociedade sem drogas. Enquanto a política de redução de danos proporciona um olhar mais humanista e transformador, esses instrumentos de opressão são sustentados pelo moralismo no campo das drogas, que permite a reprodução do imaginário social de que o uso de drogas é estritamente prejudicial, destruidor e do sujeito como imoral ou inadequado.

No desenvolvimento das ações da enfermeira nos CAPSAd o aspecto moral e político dificulta a incorporação da perspectiva da redução de danos no cuidado, visto que, as práticas proibicionistas e de repressão são amplamente difundidas na sociedade e facilmente aderidas quando, por exemplo, relacionam a questão das drogas com a criminalidade, violência e morte.

As enfermeiras entrevistadas compreendem de maneira teórica a redução de danos, contudo suas ações ainda se apresentam muitas vezes contraditórias pela dificuldade de incorporar a teoria à prática. Ainda que aconteça a compreensão das políticas, algumas entrevistadas apontam que as contestações pessoais e morais pesam no processo de construção da assistência o que promove uma assistência que busca, direta ou indiretamente, a suspensão do consumo como ideal.

Suas ações promovem redução de danos aos usuários, contudo não há transformação da concepção do uso de drogas. É observado durante as falas o julgamento acerca do uso de drogas, a personificação da droga como elemento autônomo e que traz a desestruturação da vida daquele sujeito, a consideração de conceitos hegemônicos, o cuidado centrado no serviço CAPSad com poucas ações intersetoriais e articulação com outros serviços e o não desenvolvimento de ações de matriciamento.

É necessário continuar no movimento de expansão e implementação da redução de danos no processo formativo dos profissionais e na sociedade para que haja, de fato, a transformação das ações da enfermeira nos CAPSad, sendo desenvolvidas na perspectiva do cuidado integral, da multiprofissionalidade, da prevenção de riscos e agravos, redução de danos instalados e a promoção e reabilitação da saúde não somente no que tange o uso de drogas, mas dos suportes sociais, jurídicos e de cidadania.

No cenário político atual precisaremos nos instrumentalizar para continuar lutando pela reformulação da política de drogas e da desconstrução da relação do uso de drogas com a criminalidade e com a violência. É necessário que façamos frente aos projetos que colocam os usuários como criminosos, desconsiderando o caráter de saúde e social do uso. A partir da transformação social e política efetiva, as ações desenvolvidas pelas enfermeiras nos CAPSad continuarão sendo ressignificadas.

Desse modo, é fundamental a difusão de conhecimentos acerca deste campo a partir das trocas de experiências, diálogos, compartilhamento de atividades positivas e a consolidação da política de redução de danos como um projeto contra hegemônico que pauta a consideração do sujeito com cidadão dotado de direitos, suas subjetividades e da assistência pautada na compreensão dos contextos socioculturais que este sujeito está envolvido, não somente o padrão de uso.

## REFERÊNCIAS

- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. CEPESC – IMS/ UERJ – ABRASCO. 1ª ed. Rio de Janeiro – RJ, 2009.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunic. Saúde. Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.
- ADADE, Mariana; MONTEIRO, Simone. Educação sobre drogas: uma proposta orientada pela redução de danos. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, jun. 2013.
- ALVES, Tahiana Meneses Alves; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Usos de substâncias psicoativas por mulheres: a importância de uma perspectiva de gênero. **Estudos feministas**, v. 24, n. 2, p. 443-462, mai-ago. Florianópolis, 2016.
- ANDRADE, Tarcísio Matos de; ESPINHEIRA, Carlos Geraldo D'Adrea (Gey). A presença das bebidas alcóolicas e outras substâncias psicotrópicas na cultura brasileira. In: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**. 8ª ed. Brasília – DF, 2015.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4ª ed, Lisboa: Edições 70, 2009.
- BATISTA, Nayara da Silva; RIBEIRO, Mara Cristina. O uso da música como recurso terapêutico em saúde mental. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**. v. 27, n. 3, pg. 336-41. set.-dez. 2016.
- BECK, Lucia Maria; DAVID, Helena Maria Scherlowski. O abuso de drogas e o mundo do trabalho: possibilidades de atuação para o enfermeiro. **Rev. Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 706-711. 2007.
- BOFF, Leonardo. Ética e moral: a busca dos fundamentos. **Editora Vozes**. 2ª ed, Petrópolis, RJ, 2003.
- BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais**. v.2, n. 1, p. 68-80, jan-jul. Santa Catarina, 2005.
- BRASIL. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas. Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. Relatório 2012. São Paulo, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a RAPS: Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Atenção Básica. **Consultório de rua**. 2017. Acesso em: 05 de jul de 2017. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_consultorio\\_ua.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ua.php).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política de Atenção Integral aos Usuários de Alcool e outras Drogas**. Brasília, 2003.

COSTA, Paula Cristina Pereira da Costa; GARCIA, Ana Paula Rigon Francischetti; TOLEDO, Vanessa Pellegrino. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. **Texto Context. Enfer.** v.25, n. 1. 2016.

EICKHOFF, Patrícia Cassol; OLIVEIRA, Jaqueline; BUSNELLO, Maristela Borin. Práticas alternativas e complementares para além de uma prática: um cuidado. **I Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**. Natal-RN, 2017.

ELIAS, Andréa Damiana da Silva. Cuidado de enfermagem ao paciente psiquiátrico em situação de emergência geral: real e imaginário. **Dissertação de mestrado**. UFF, Niterói-RJ, 2012.

FERNANDES, Vagner Ribeiro; FUZINATTO, Aline Mattos. Drogas: proibição, criminalização e mídia. **I Congresso Internacional de Direito e Contemporaneidade**. Santa Maria-RS, 2012.

FILHO, Antonio José de Almeida; MORAES, Ana Emília Cardoso; PERES, Maria Angélica de Almeida. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 2, p. 158-165, abr./jun.2009.

FILHO, Antonio Nery; MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia; RÊGO, Marlize. **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. EDUFBA, 432 p. 2012.

IORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: O paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estudos**, CEBRAP, no.92, mar. São Paulo. 2012.

FONSECA, Elize Massard da. **Políticas de Redução de Danos ao Uso de Drogas: O contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2005.

GOFF, Erving. Estigma: La identidad deteriorada. **Amorrrortu**. Buenos Aires, Argentina. 2006.

GOMES, Thaísa Borges; VECCHIA, Marcelo Dalla. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 7, pg. 2327-2338. 2018.

GONÇALVES, Sonia Silva Paiva Mota; TAVARES, Claudia Mara de Melo. A atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra hospitalares. **Rev. Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 586-592, dez. 2007.

IHRA – International Harm Reduction Association. **O que é redução de danos?**

Disponível em:

<[http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing\\_what\\_is\\_HR\\_Portuguese.pdf](http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf)>. Acesso em: 01 de maio de 2016.

LIMA, Deivison Wendell da Costa; SILVEIRA, Lia Carneiro; VIEIRA, Alcivan Nunes; CUNHA, Bruna Moreira Camarotti da; ALMEIDA, Arisa Nara Saldanha de Almeida; GUERREIRO, Eryjoso Marculino. Referenciais teóricos que norteiam a prática de enfermagem em saúde mental. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 336-342. 2014.

LOPES, Helenice Pereira; GONÇALVES, Aline Moreira. A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. **Pesq. e Pratic. Psico**. v. 13, n. 1, São João del Rei-MG. 2018.

MACHADO, Leticia Vier; BOARINI, Maria Lucia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 3, p. 580-595. 2013.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo, 2003.

MEDEIROS, Katrucky Tenório; MACIEL, Silvana Carneiro; SOUSA, Patrícia Fonseca. A mulher no contexto das drogas: representações sociais de usuárias em tratamento. **Paidéia**. v. 27, n. 1, pg. 439-447. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. 21ª ed. Petrópolis – RJ, 2002.

MONDONI, Susan; CERON, Daniela; MALBERGIER, André; ASSUMPÇÃO JR, Francisco Baptista. A eficácia da acupuntura no tratamento de pacientes dependentes de drogas. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 15, n. 2, p. 145-152, jul-dez. 2007.

NARDI, Henrique Caetano; RIGONI, Rafaela de Quadros. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 2, p. 273-282, mai/ago. Maringá, 2005.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de; FORTUNATO, Maria Lucinete. Saúde mental: reconstruindo saberes em enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 56, n. 1, p. 67-70. Brasília – DF, 2003.

OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes de; CASANOVA, Edna Gurgel; CARDOSO, Maria Manuela Vila Nova; CAMPOS, José Carlos Lima de. Reabilitação psicossocial e enfermagem psiquiátrica. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida; TONINI, Teresa; MACHADO, William César Alves; PORTO, Isaura Setenta. **Cuidando de Clientes com Necessidades Especiais, Motora e Social**. São Caetano do Sul – SP, 2004.

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

PATRIOTA, Lucia Maria. Saúde mental, reforma psiquiátrica e formação profissional. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís – MA, 2011.

PILON, Sandra Cristina; LUIS, Margarita Antônia Villar. Modelos explicativos para o uso de álcool e outras drogas e a prática da enfermagem. **Rev. Lat-am Enf**. v. 12, n. 4, pg. 676-682. 2004.

RIBEIRO, Eduardo. Antiproibicionistas querem fortalecer políticas de atenção psicossocial e de redução de danos. Disponível em:

<<http://www.politicalivre.com.br/2018/08/antiproibicionistas-querem-fortalecer-politicas-de-atencao-psicossocial-e-de-reducao-de-danos/>>; Acesso em: 07 de dezembro de 2018.

RIBEIRO, Mara Cristina. Trabalhadores dos centros de atenção psicossocial de Alagoas, Brasil: interstícios de uma nova prática. **Interface**, v. 19, n. 52, p. 95-107. Botucatu, 2015.

SANTOS, Vilmar Ezequiel dos Santos; SOARES, Cássia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivalli. A inserção e as práticas do enfermeiro no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) da cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.19, n.1, jan-fev. São Paulo, 2011.

SIMÕES, Júlio Assis. Prefácio. In: LABETE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra Lucia; FIORE, Mauricio; MACRAE, Edward; CARNEIRO, Enrique. **Drogas e cultura: novas perspectivas**. EdUFBA. Salvador-BA, 2008.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da; SILVEIRA, Evelyn Borges Doering. Padrões de uso de drogas. **Senad**. 2016.

SOUSA, Yanna Gomes de; MEDEIROS, Soraya Maria de. Oficinas terapêuticas resinificando o cuidar de enfermagem nos centros de atenção psicossocial. v. 20, n. **PUC Minas**. 2017.

SOUZA, Jaqueline de; KANTORSKI, Luciene Prado; GONÇALVES, Sérgio Eduardo; MIELKE, Fernanda Barreto; GUADALUPE, Danieli Bispo. Centro de atenção psicossocial álcool e drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. **Rev. Enfermagem**, v. 15. n. 2, p. 210-217, abr/jun. Rio de Janeiro, 2007.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **Relatório mundial sobre drogas**. Áustria, 2017.

VARELA, Danielle Souza Silva; SALES, Isabela Maria Magalhães; SILVA, Fernanda Mendes Dantas e; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. Rede de Saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n.2 p. 296-302, abr/jun. 2016.

VARGAS, Divane de; DUARTE, Fernando Augusto Bicudo. Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPSad): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. **Tex. Cont. Enferm**. v. 20, n. 1, p. 119-126. Florianópolis, 2011.

VARGAS, Divane de; OLIVEIRA, Maria Aparecida Ferreira de; DUARTE, Fernando Augusto Bicudo. A inserção e as práticas do enfermeiro no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras drogas (CAPSad) da cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. Lat-Am. Enfermagem**. v. 19, n. 1. Ribeirão Preto-SP, 2011.

VINADÉ, Thaiany Farias; CRUZ, Marcelo Santos; BARBEITO, Márcio Moreno. Estratégias de Redução Danos: da atenção primária à secundária. In: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Atenção Integral na Rede de Saúde**. 8ª ed. Brasília – DF, 2015.

## APÊNDICE A



# UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

## Departamento de Ciências da Vida – Campus I

Rua Silveira Martins, 2555, Cabula. Salvador-BA. Tel.: (71) 3117-2290

### PROJETO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO: AS AÇÕES DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA DE REDUÇÃO DE RISCOS E DANOS AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA AS ENFERMEIRAS E OS ENFERMEIROS

##### Dados Sociodemográficos

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Sexo:

Feminino  Masculino

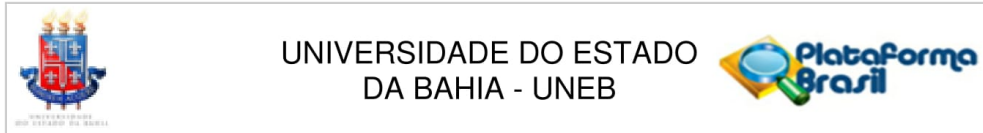
3. Raça/cor

Preta  Parda  Branca  Indígena  Outra

##### Questões relacionadas à assistência de enfermagem aos usuários de substâncias psicoativas

1. Há quanto tempo você atua no serviço? Conte-me sobre sua história.
2. O que você acha sobre uso de drogas na sociedade atual?
3. O que você considera como redução de riscos e danos? Você conhece a política de redução de danos?
4. Teve alguma capacitação antes de atuar no serviço de ad?
5. Quais ações você costuma oferecer ao usuário do serviço?

## ANEXO A



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AS AÇÕES DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA DE REDUÇÃO DE RISCOS E DANOS AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

**Pesquisador:** LAIO MAGNO SANTOS DE SOUSA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 62462016.7.0000.0057

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.009.166

#### Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa 62462016.7.0000.0057 trata se de um projeto de pesquisa intitulado AS AÇÕES DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA DE REDUÇÃO DE RISCOS E DANOS AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS vinculado ao colegiado de enfermagem da Universidade do estado da Bahia

#### Objetivo da Pesquisa:

os objetivos apresentados são condizentes com a metodologia proposta.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisador entende que toda pesquisa expõe seu participantes a risco e benefícios e o cita.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

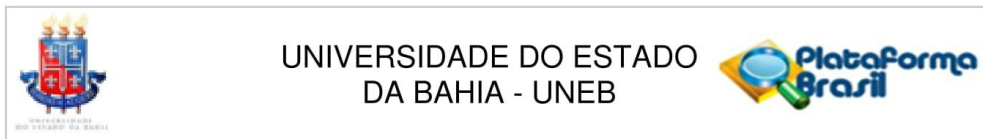
Pesquisa relevante e exequível.

A metodologia proposta bem como os critérios de inclusão e exclusão e cronograma são compatíveis com os objetivos propostos no projeto.

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

As declarações apresentadas são condizentes com as Resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos. Os pesquisadores envolvidos com o desenvolvimento do projeto apresentam declarações de compromisso com o desenvolvimento do projeto em consonância com

**Endereço:** Rua Silveira Martins, 2555  
**Bairro:** Cabula **CEP:** 41.195-001  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3117-2399 **Fax:** (71)3117-2399 **E-mail:** cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 2.009.166

a Resolução 466/12 CNS/MS, bem como com o compromisso com a confidencialidade dos participantes da pesquisa e as autorizações das instituições proponente e coparticipante.

O TCLE apresentado possui uma linguagem clara e acessível aos participantes da pesquisa e atende ao disposto na resolução 466/12 CNS/MS contendo todas as informações necessárias ao esclarecimento do participante sobre a pesquisa bem como os contatos para a retirada de dúvidas sobre o processo

#### Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

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

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

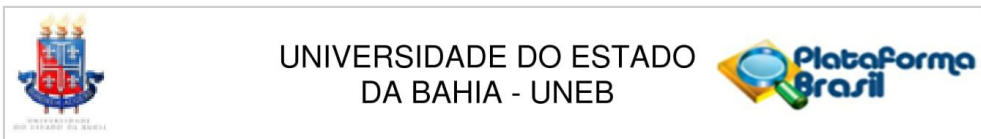
#### Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_813372.pdf	26/11/2016 17:56:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTCCDiana_fim.docx	26/11/2016 17:55:01	LAIO MAGNO SANTOS DE SOUSA	Aceito

**Endereço:** Rua Silveira Martins, 2555  
**Bairro:** Cabula **CEP:** 41.195-001  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3117-2399 **Fax:** (71)3117-2399 **E-mail:** cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 2.009.166

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Diana_fim.docx	26/11/2016 17:54:49	LAIO MAGNO SANTOS DE SOUSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	images.pdf	24/11/2016 14:41:02	LAIO MAGNO SANTOS DE SOUSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	24/11/2016 13:44:23	LAIO MAGNO SANTOS DE SOUSA	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	24/11/2016 13:36:45	LAIO MAGNO SANTOS DE SOUSA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 10 de Abril de 2017

---

**Assinado por:**  
**Aderval Nascimento Brito**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Silveira Martins, 2555  
**Bairro:** Cabula **CEP:** 41.195-001  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3117-2399 **Fax:** (71)3117-2399 **E-mail:** cepuneb@uneb.br

## ANEXO B

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA CAMPUS I  
COLEGIADO DE ENFERMAGEM**



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTAPESQUISASEGUIRÁOSCRITÉRIOSDAÉTICAEMPESQUISA COMSERESHUMANOS CONFORME RESOLUÇÃO N<sup>o</sup> 466/12  
DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

#### I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

#### II -DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

1. **TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:** As ações de enfermagem no programa de redução de riscos e danos aos usuários de substâncias psicoativas
2. **PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Laio Magno Santos de Sousa  
**Cargo/Função:** professor da UNEB

#### III - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA:

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “As ações de enfermagem no programa de redução de riscos e danos aos usuários de substâncias psicoativas” de responsabilidade do pesquisador Laio Magno Santos de Sousa, docente da Universidade do Estado da Bahia que tem como objetivo conhecer as ações da enfermeira na redução de danos as (os) usuárias (os) de substâncias psicoativas. A realização desta pesquisa poderá trazer benefícios para proposição de ações da enfermeira baseadas na política de redução de danos e construção de uma assistência alternativa aos usuários de substâncias psicoativas. Caso aceite o (a) senhor (a) será realizada uma entrevista, orientada por um roteiro semiestruturado, e gravada em áudio. Devido a coleta de informações o (a) senhor (a) poderá se sentir constrangido (a) por relatar seu processo de trabalho. Sua participação é voluntária e não haverá nenhum gasto ou remuneração resultante dela. Garantimos que sua identidade será tratada com sigilo e, portanto, o (a) sr(a) não será identificado (a). Caso queira o (a) senhor (a) poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar sua autorização. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a universidade. Quaisquer dúvidas que o (a) senhor (a) apresentar serão esclarecidas pelo pesquisador e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia. Esclareço ainda que de acordo com as leis brasileira o senhor (a) tem direito a indenização caso seja prejudicado por esta pesquisa. O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o contato dos pesquisadores, que poderão tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

#### V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Laio Magno Santos de Souza

**Endereço:** .....**Telefone:** (71)99325-4259, **E-mail:** laiomagnoss@gmail.com

**Comitê de Ética em Pesquisa- CEP/UNEB** Rua Silveira Martins, 2555, Cabula. Salvador-BA.  
CEP: 41.150-000. Tel.: 71 3117-2445 e-mail: [cepuneb@uneb.br](mailto:cepuneb@uneb.br)

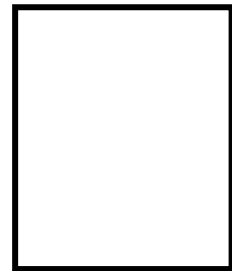
**Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP** SEP/510 NORTE, BLOCO A 1º  
SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde CEP: 70750-521 - Brasília-DF

## V. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido devidamente esclarecido pelo pesquisador(a) sobre os objetivos benefícios da pesquisa e riscos de minha participação na pesquisa “As ações de enfermagem no programa de redução de riscos e danos aos usuários de substâncias psicoativas”, e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar sob livre e espontânea vontade, como voluntário consinto que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos desde que a minha identificação não seja realizada e assinarei este documento em duas vias sendo uma destinada ao pesquisador e outra a via que a mim.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa



\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora discente  
(orientanda)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do professor responsável  
(orientador)