

## Conhecimentos e Práticas de Redução de Danos de Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

### Knowledge's and Practices of Harm Reduction of Professionals of the Center of Support for Family Health

#### **Cristiane Nascimento de Aguiar Rodrigues**

Mestrado em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará

E-mail: cris-igor@hotmail.com

#### **Aluísio Ferreira de Lima**

Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Professor em Psicologia da Universidade Federal do Ceará

E-mail: aluisiolima@hotmail.com

#### **Emanuel Messias Aguiar de Castro**

Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará

Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual do Ceará

E-mail: emmanuel\_messias.adc@hormail.com

#### **Beatriz Oliveira Santos**

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará

E-mail: psico\_bia@hotmail.com

#### **Paulo Cesar Almeida**

Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo

Professor da Universidade Federal do Ceará

E-mail: pc2015almeida@gmail.com

#### **Endereço: Cristiane Nascimento de Aguiar Rodrigues**

Endereço: Av. da Universidade, 2762, Área II, CH,  
Departamento de Psicologia. CEP: 60020.180. Fortaleza,  
Ceará.

#### **Endereço: Aluísio Ferreira de Lima**

Endereço: Av. da Universidade, 2762, Área II, CH,  
Departamento de Psicologia. CEP: 60020.180. Fortaleza,  
Ceará.

#### **Endereço: Emanuel Messias Aguiar de Castro**

Endereço: Av. da Universidade, 2762, Área II, CH,  
Departamento de Psicologia. CEP: 60020.180. Fortaleza,  
Ceará.

#### **Endereço: Beatriz Oliveira Santos**

Endereço: Av. da Universidade, 2762, Área II, CH,  
Departamento de Psicologia. CEP: 60020.180. Fortaleza,  
Ceará.

#### **Endereço: Paulo Cesar Almeida**

Endereço: Av. da Universidade, 2762, Área II, CH,  
Departamento de Psicologia. CEP: 60020.180. Fortaleza,  
Ceará.

#### **Editor Científico: Tonny Kerley de Alencar Rodrigues**

**Artigo recebido em 11/10/2016. Última versão  
recebida em 07/11/2016. Aprovado em 08/11/2016.**

**Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review  
pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review  
(avaliação cega por dois avaliadores da área).**

**Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação**

**Apoio e financiamento: CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.**

## RESUMO

A problemática do uso de drogas se contextualiza na vida dos indivíduos através de múltiplos fatores que necessitam ser identificados, a fim de que uma terapêutica mais adequada seja aplicada. Diante desta questão, a Redução de Danos desponta como uma estratégia que defende o protagonismo da pessoa no cuidado, dando-lhe autonomia para alcançar melhores níveis de saúde. Esse estudo tem por objetivo apresentar os conhecimentos e as práticas de Redução de Danos acerca da problemática do uso do álcool, crack e outras drogas desenvolvidas por profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Município de Fortaleza-CE. Para alcançar tal objetivo, realizou-se uma pesquisa exploratória e descritiva, com uma abordagem quantitativa, por meio de entrevista semiestruturada com 19 profissionais que exercem suas atividades em Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Os resultados permitiram compreender que, embora predominem profissionais concordantes com a proposta de Redução de Danos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Município de Fortaleza, o conhecimento destes ainda é restrito, sendo que a formação na área ainda se apresenta consideravelmente limitada, o que compromete a atuação desses profissionais no que se refere ao atendimento a pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas.

**Palavras-chaves:** Redução de danos. Atenção Primária à Saúde. Práticas Profissionais. Substâncias Psicoativas.

## ABSTRACT

It is understood that the problem of drug use is contextualized in the lives of individuals through multiple factors that need to be identified, so that a more appropriate treatment is applied. Faced with this question, the Harm Reduction emerging as a strategy that defends the role of the person in care, giving you the autonomy to achieve better health levels. This study aims to describe the knowledge and Harm Reduction practices about the problematic use of alcohol, crack and other drugs developed by professionals from the Center for Support to Health in the city of Fortaleza-CE. To achieve this goal, there was an exploratory and descriptive study with a quantitative approach through semi-structured interviews with 19 professionals who exercise their activities in Centers of Support for Family Health. As a result, it was revealed that although concordant professionals predominate with the proposed harm reduction, knowledge is still limited, the formations in the area still have considerable limitations, which compromises the performance of these professionals regarding service people who are problematic substance use.

**Keywords:** Harm Reduction. Primary Health Care. Professional Practices. Psychoactive Substances.

## 1 INTRODUÇÃO

O debate sobre o uso e abuso de substâncias psicoativas é um tema complexo no campo da saúde e produz significativas divergências entre os profissionais quanto às estratégias e práticas que devem ser usadas para abordar o tema no cotidiano dos serviços de atenção. O fenômeno do uso dessas substâncias está relacionado a uma miríade de fatores que vão desde aspectos pessoais e singulares de cada indivíduo, dimensão econômica e social, até o estímulo de uso, como no caso do álcool, pela grande indústria cultural e pelas complexidades vividas no mundo real (LIMA; GONÇALVES NETO; LIMA, 2011).

Paiva, Costa e Ronzani (2012) assinalam que a literatura recente, produzida sobre o tema, tem apontado que nas regiões em que o contexto de vida das famílias é acentuadamente marcado pela falta de condições mínimas de qualidade de vida, como saneamento básico, espaços recreativos, além da violência, o uso e abuso de substâncias psicoativas tende a ser acentuado fazendo parte do cotidiano dessas regiões.

Essa é a realidade de uma parcela significativa das famílias que são atendidas no contexto da Atenção Primária pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Em geral, o foco de atuação destas equipes está situado em áreas de risco e vulnerabilidade, onde os territórios alvos são fortemente marcados tanto pelo consumo, quanto pelo tráfico destas substâncias. Assim, diante desse contexto, evidenciou-se a necessidade da constante discussão sobre o tema, a fim de que sejam elaboradas e executadas ações de saúde que levem em conta a complexidade do tema e suas causas multifatoriais.

Uma das estratégias que vêm sendo instituídas em muitos espaços de atenção é a Redução de Danos (RD). Ela defende a ideia da participação mais ativa do público usuário dos serviços junto à equipe multidisciplinar de saúde, pois tem como pressuposto fundamental a valorização da autonomia dos sujeitos em traçar os caminhos mais adequados para que se possa produzir uma terapêutica apropriada diante das especificidades de cada usuário.

Realizar Redução de danos, como apontam Vinadé, Cruz e Barbeito (2014), é utilizar meios mais interessantes para que se encontrem possíveis formas autônomas de uso de drogas. Esta estratégia não descarta a diminuição do uso ou a abstinência, mas busca fortalecer práticas de maior autonomia, conforme o estilo de vida e a situação de cada pessoa. Nesse sentido, a Redução de Danos não tem como finalidade última a abstinência, e sim evitar consequências prejudiciais ao indivíduo, como danos físicos, mortes e sequelas por causas externas como violência e acidentes (BRASIL, 2013a).

Por ser a RD uma estratégia que extrapola a especificidade das diversas profissões da saúde, surgiu o interesse em pesquisar como os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, um grupo relativamente novo, com início em 2009, que atua em meio às ações promovidas pelas equipes da ESF, como preconizam os Cadernos de Atenção Básica (BRASIL, 2014). Com isso, buscou-se apreender os conhecimentos e práticas frente a problemática do uso do álcool, crack e outras drogas desenvolvidas por profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Município de Fortaleza-CE. Os dados apresentados e discutidos no texto fazem parte da dissertação de mestrado intitulada “para garantir o anonimato e avaliação às cegas, incluiremos o título da dissertação, caso o presente artigo seja aprovado”.

Acredita-se que com as informações trazidas no artigo será possível obter uma compreensão mais ampla sobre a relação entre os profissionais de saúde da atenção primária e as práticas de RD pois, a partir das análises dos dados foi possível identificar as posturas dos profissionais do NASF frente às pessoas que fazem uso de álcool, crack e outras drogas no contexto da Atenção Primária; Descrever algumas das ações de Saúde Mental dos profissionais do NASF, relacionando-as à Estratégia da Redução de Danos. Para, com isso, apresentar algumas conclusões sobre a relação entre NASF e RD em Fortaleza.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil colonial, com a chegada dos portugueses, descobriu-se um costume antigo realizado pelos índios que era a produção de uma bebida fermentada a partir da mandioca, denominada por eles como “cauim”, utilizada em rituais festivos comuns à cultura local. Tempos depois aprenderam a fazer a cachaça, uma vez, que para produzir o açúcar através da cana-de-açúcar, produzia-se também um melaço proveniente do processo de fermentação, sendo este melaço depois destilado em alambique de barro e posteriormente, em de cobre. (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2014).

Compreender os aspectos histórico-culturais, no que se refere à relação com as diversas comunidades e sociedades possibilita ter um posicionamento mais crítico e amplo relativamente ao uso de drogas e a construir propostas singulares com vistas à diminuição de problemas físicos, mentais e sociais.

Quando o assunto é por meio da lógica do diálogo, na convivência e participação a partir do contexto de vida das pessoas, é possível suscitar pensamentos críticos naqueles que lidam com a problemática em seu dia a dia de trabalho e que, muitas vezes, não conseguem

ter uma postura consciente e adequada porque se fundamentam em preceitos teóricos sem considerar as histórias de vida dos indivíduos com os quais estão lidando. Daí a importância de conhecer a vida em comunidade, estabelecer vínculo com as famílias e ser realista sobre as necessidades particulares, até porque atitudes que visam apenas à proibição não têm contribuído com respostas efetivas até os dias atuais.

De acordo com Galduroz *et al.*, (2005), o II levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil assinala que 22,8% da população pesquisada em 2005, valor correspondente a 10.746.991 de pessoas, já fizeram uso na vida de algum tipo de droga, com exceção de tabaco e álcool. O uso de álcool em 2005 foi de 12,3%. A maconha ficou em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, correspondendo a 8,8% dos entrevistados, seguida pelos solventes com 6,1%. Em relação à cocaína, 2,9% declararam terem feito uso. A cocaína, utilizada sob a forma de crack, foi mencionado por 0,7% dos estudantes no Brasil. O uso de benzodiazepínicos foi estimado em 5,6% da amostra, sendo as mulheres mais consumidoras do que os homens.

Em relação ao álcool, por ser uma droga livremente comercializada, seu consumo torna-se provavelmente mais elevado que das demais, contribuindo, assim, para o aumento nos riscos e danos à saúde de quem faz de forma abusiva, já que também pode causar dependência, embora grande parte dos consumidores não aceite ou acreditem nesta possibilidade. Os transtornos de comportamento causados pelo uso abusivo de álcool, além de causar diversos problemas sociais são um dos maiores responsáveis por mortes em associação ao uso de drogas. Estão também relacionadas com morbidades por causas externas e com agravos de caráter somático.

São inúmeras as situações em que as pessoas procuram, por demanda espontânea, as unidades básicas de saúde com quadro de intoxicação aguda ou com problemas ligados ao uso nocivo de álcool. Dessa forma, torna-se indispensável que a equipe saiba reconhecer esse momento como uma oportunidade de iniciar o acompanhamento, a fim de minimizar os danos decorrentes do consumo excessivo de álcool. Ribeiro (2010) aponta que a sociedade assume uma postura hipócrita em relação ao álcool pois, mesmo mediante à confirmação dos danos provocados por esta droga, dita lícita, seu uso continua amplamente divulgado e permitido.

Os atrativos impostos pela mídia, em dissonância com as campanhas educativas limítrofes, contribuem para gerar condutas pouco reflexivas sobre o tema, deixando-o em segundo plano, aparentemente sem importância e sem associação com outros problemas como acidentes de trânsito, efeitos prejudiciais a diversas partes do corpo, riscos na gestação e ao recém-nascido, dentre outros.

Sobre o uso do álcool, a literatura aponta ainda que, dependendo das características pessoais do usuário e do nível de álcool consumido, pode não haver condições de se realizar uma avaliação mais criteriosa. Alguns pacientes podem se tornar mais violentos e a equipe deverão evitar confrontos que possam levar à quebra de vínculo, daí a importância da ajuda de amigos e familiares nestes casos (BRASIL, 2013).

Acerca das demais drogas, conforme dados da segunda edição da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizada no ano de 2012, a partir de um convênio entre o IBGE e o Ministério da Saúde, drogas consideradas ilícitas, como a maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume ou ecstasy, já foram usadas por escolares (7,3%). Quanto aos adolescentes, 21,8% relataram já ter sofrido algum episódio de embriaguez na vida (IBGE, 2013).

O melhor modo de enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de drogas, assim, é partir do conhecimento objetivo, abandonando o senso comum e os medos que impedem uma ação focada no cuidado e bem-estar dos sujeitos. Conforme aponta Michelli *et al.* (2014), deve-se evitar imposições ou confrontos, a fim de estabelecer uma relação de empatia com disposição para uma escuta reflexiva e compreensiva acerca dos problemas enfrentados pela pessoa, inclusive sobre a dificuldade que ela tem em mudar sua conduta.

Antes do realinhamento da Política sobre Drogas, as ações voltadas para as pessoas que faziam uso de drogas eram planejadas e construídas através de uma perspectiva repressiva, com discursos amedrontadores, que não surtiam o efeito esperado. O Programa de Redução de Danos, como inicialmente foi chamado, já ocorria na Europa desde meados de 1920, cuja história relata que em Rolleston, um condado no interior da Inglaterra, haveria um espaço que funcionava como um centro de saúde.

Os profissionais de saúde, ao percorrerem o caminho até este centro, passavam por um grupo de pessoas que faziam uso de álcool e drogas injetáveis, mais precisamente a heroína. Tendo em vista a inquietação que este fato provocava nestes técnicos (médicos, enfermeiros) e a dificuldade que enfrentavam em poder ajudar estas pessoas, surgiu a ideia de distribuir tais drogas no centro de saúde em que trabalhavam. Desta forma, o usuário, ao buscar a droga no centro de saúde, ganhava a oportunidade de receber vários tipos de cuidados, além de conversar com os profissionais que lá estavam, se assim fosse da vontade dos mesmos. Os resultados desta ação foram tão positivos que Rolleston tornou-se mundialmente conhecido como o berço da Redução de Danos (SIQUEIRA, 2013).

Nos Estados Unidos (EUA), durante o governo Reagan, com o objetivo de reduzir a oferta e o consumo de drogas ilícitas, estabeleceu-se um discurso repressor em meio à

população cujo período ficou conhecido como “Guerra às Drogas”, sendo considerada, inclusive, como uma estratégia política. No entanto, logo se percebeu que esta política não estava contribuindo eficazmente para a vida dos usuários, já que estes eram considerados igualmente em seus padrões de consumo, evidenciando, desta forma, diversas contradições (VINADÉ; CRUZ; BARBEITO, 2014).

Em 1984, em Amsterdã, na Holanda, surgiu um programa experimental de troca de seringas para Usuários de Drogas injetáveis (UDI). Em 1989, no município de Santos, em São Paulo, iniciou-se um ensaio acerca da implantação do programa de RD, que não prosseguiu devido a uma ação judicial proibindo o fornecimento de seringas. Esta ação buscava evitar a contaminação e a disseminação do vírus HIV. De 1993 a 1998, ocorreram vários avanços no contexto da RD surgindo, em 1995, em Salvador, na Bahia, o primeiro programa de RD do Brasil (NIEL; DA SILVEIRA, 2008).

No Brasil, de um modo geral, a Redução de Danos surgiu vinculada à epidemia de AIDS e, inicialmente, teve aspectos sanitaristas. Em relação às abordagens sobre álcool e outras drogas, eram mais relacionadas aos aspectos da justiça que da saúde (REIS; SILVA; ANDRADE, 2010). Finalmente, em 2003, a RD tornou-se uma Estratégia da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (VINADÉ; CRUZ; BARBEITO, 2014).

Dentre as diversas instituições no país que buscam o fortalecimento da Política de Redução de Danos como política pública, tem-se a Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA). A ABORDA foi criada em 1997 e está presente em vários estados do Brasil, contando com o envolvimento de pessoas que participam tanto de programas do governo, como de Organizações não governamentais (ONGs), defendendo melhores condições de vida e de trabalho para os redutores de danos, assim como o direito à participação cidadã e demais direitos básicos das pessoas que seguem usando drogas (ABORDA, 2016).

Nesse sentido, a Estratégia da Redução de Danos constitui-se em um conjunto de políticas e práticas, cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não têm condições de parar de usar drogas ou não querem deixar de usá-las. Seu maior objetivo é a prevenção aos danos, não a utilização em si, priorizando aqueles continuam usando drogas (BARBOSA *et al.*, 2015).

A estratégia da Redução de Danos ainda gera polêmica, contudo tem apresentado avanços no cuidado ao buscar alcançar vários “tipos” de usuários. Desta forma, ampliam-se as chances de reduzir problemas que eles não queriam ou não gostariam de ter, não

necessariamente ligados ao seu desejo pela droga. Os benefícios trazidos por esta proposta são coerentes e compatíveis com as mais diversas realidades, uma vez que manter a mesma conduta para pessoas com necessidades diferentes, incorre em maiores possibilidades de erro.

Desse modo, a Redução de Danos, no campo das drogas, é uma estratégia que busca reduzir as consequências indesejáveis do consumo de drogas para a saúde e para a vida social das pessoas sem exigir a abstinência de forma indiscriminada para todos. Adota uma atitude mais flexível diante da sociedade, da justiça, assim como das políticas sociais, tanto no que diz respeito ao consumo, quanto ao acompanhamento destas pessoas nos locais onde residem e/ou consomem drogas.

Articula-se a rede de cuidados, como a ESF, APS e os Consultórios na Rua, encorajando métodos voltados para o uso mais protegido e o autocuidado. Foca em estratégias individuais, que podem incluir a redução do uso, a substituição por substâncias menos prejudiciais ou até mesmo a abstinência, valorizando, antes de tudo, a autonomia (VASCONCELOS, 2014).

Trazer à tona a realidade de um mundo com drogas, sem mitos ou tabus, mas com ações propositivas em conformidade com as vivências e experiências desta realidade, consiste em articular, do melhor modo possível, os encontros entre usuários, familiares e profissionais, com a participação efetiva de todos na trajetória da assistência. Pois, a estratégia da Redução de Danos “nos permite refletir sobre as relações afetivas que estabelecemos ao longo de nossa vida, incluindo as relações de autonomia, autocontrole e dependência”. (BRASIL, 2013b, p. 49).

Sabe-se que, embora não traga um ineditismo para a prática cotidiana dos profissionais de saúde, a utilização continuada desta estratégia possibilitaria a ampliação das possibilidades de diálogo, negociações e ganhos frente ao complexo dia a dia nos relacionamentos dos envolvidos na prática do cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Visto que a RD não é uma estratégia isolada, que incorpora em suas ações de cotidiano do cuidado o protagonismo do usuário, cujo serviço deve atuar como fortalecedor da autonomia e de novas atitudes da vida, o vínculo estabelecido entre profissional e usuário é extremamente importante (BRASIL, 2015).

Conforme assinalam Campos e Souza (2012) as práticas no que concerne à Redução de Danos para serem de fato eficientes, necessitam ter direcionadas com o objetivo de provocar uma mudança cultural e social acerca dos estigmas que as populações vulneráveis carregam sendo, para isso, necessário um trabalho de criação de vínculo, construído continuamente, e, muitas vezes, trilhado com muitas dificuldades, tanto para o indivíduo e sua

família, como para os profissionais. Entretanto, manter esta persistência é acreditar na possibilidade de resultados mais satisfatórios e proporcionar novas oportunidades com a participação ativa do indivíduo.

Essa centralidade no sujeito, considerando seus desejos e possibilidades, caracteriza a redução de danos como uma abordagem em saúde menos normalizadora e prescritiva, pois se evita ditar ou impor, a partir da autoridade profissional, quais seriam as escolhas e atitudes adequadas ou não a serem adotadas. Assim, atuar em uma perspectiva de redução de danos na Atenção Básica pressupõe a utilização de tecnologias relacionais centradas no acolhimento empático, no vínculo e na confiança como dispositivos favorecedores da adesão da pessoa (BRASIL, 2013b, p. 58).

Criar e manter o vínculo com a população em geral e, em especial, com a população que faz uso de drogas, pode demandar tempo e exigirá dos profissionais resiliência e constância em suas ações, tanto nas consultas individuais, como nos atendimentos em grupos realizados nos diferentes equipamentos comunitários. Questionar, refletir e inovar condutas já tão arraigadas, como o atendimento tecnicista e uso de frases feitas sobre a necessidade de mudanças no estilo de vida de uma pessoa torna-se necessário, para que novos caminhos possíveis surjam e sejam percorridos pelos sujeitos.

A Redução de Danos considera, ainda, que várias pessoas, em diversos lugares do mundo, seguem usando drogas, apesar dos esforços em prevenir o início ou a continuidade do consumo delas (ABORDA, 2016). Diante disso, ela não sugere responder ou resolver os problemas das drogas, mas favorecer o diálogo, tentando, como o próprio nome diz, minimizar outras situações, que tendem a se agravar através da ditadura imposta pelo silêncio.

Para Siqueira (2013, p.89), “O olhar que a redução de danos nos propõe é que o uso de drogas não é só uma doença, não é só um delito, não é só um pecado, existe um quarto olhar, é o olhar baseado no nosso conceito de cidadania. A cidadania vê como um direito.”

Compreender que o usuário tem direito de usar drogas, se assim o desejar, é uma alternativa polêmica e ainda com restrições pela sociedade que acredita na abstinência como método principal ou único. Desse modo, a proposta de políticas mais integradas e humanizadoras, coerentes ao paradigma dos direitos humanos e que consideram os indivíduos em sua totalidade, valorizando seus direitos e deveres, tem permitido abordagens mais inovadoras quando a situação demanda a atuação em contextos de uso abusivo de drogas. Em vez da criminalização, tem-se o acolhimento, no lugar da punição, a educação; no contraponto da marginalização, o acesso aos bens socialmente produzidos; em oposição ao preconceito e à discriminação, deve estar a cidadania (OLIVEIRA, 2014).

A Redução de Danos encontra-se conceitualmente próximo da promoção da saúde, pois vê o usuário de álcool como um cidadão, antes de tudo. Os meios utilizados não estão direcionados para a abstenção, mas para defender a vida, como objetivo de conquistar a autonomia dos usuários e familiares através da construção de redes de suporte social e disseminação da informação, educação e aconselhamento (MANGUEIRA *et al.*, 2015). Apresenta-se como uma possibilidade de escolha em detrimento das alternativas sob o raciocínio exclusivo da abstinência, aumentando as possibilidades do cuidado em saúde para a população de usuários de substâncias psicoativas. Embora não se trate de uma alternativa inédita, ainda se encontra limitada nos discursos e práticas profissionais que, muitas vezes, de forma inconsciente persistem na conduta de impor mudanças nas rotinas dos indivíduos e familiares sob seus cuidados, tornando-os meros coadjuvantes neste processo.

A literatura destaca a importância da análise de problemas como o tráfico de drogas e a violência, além das desigualdades sociais e as circunstâncias em que se dão o consumo. Aborda questões do desafio a ser enfrentado, e da inadequação de iguais propostas para tudo e para todos. Afinal, as diferenças e particularidades exigem de cada sujeito estratégias singulares que respeitem cada realidade. Daí a RD ser considerada uma estratégia capaz de adentrar diferentes “círculos” onde existem contextos de uso de drogas (VINADÉ; CRUZ; BARBEITO, 2014).

Deduz-se, assim, o quanto se faz necessária a leitura, a vivência e a experiência com a temática da Redução de Danos de forma que ela ganhe mais espaço na fala e na conduta dos profissionais que, direta ou indiretamente, mantenham contato com usuários de drogas. A importância desta vivência com o tema da RD na Atenção Primária, pelos profissionais da ESF, qualifica a atenção ao usuário de drogas, possibilitando o acompanhamento e tratamento dos casos, assim como evita encaminhamentos desnecessários.

Este suporte acontece também através de ações de apoio matricial, e implica um arranjo técnico-assistencial utilizado pelos usuários da Saúde Mental e da Saúde da Família, cuja visão consiste na ampliação da clínica das equipes da ESF, através do apoio das equipes de Saúde Mental, que oferece suporte assistencial aos usuários e familiares, além de apoio técnico-pedagógico e educativo para a equipe (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial às equipes da ESF pode se efetivar pelos Núcleos de Apoio à saúde da Família (NASF), assim como por outras equipes, dependendo da necessidade, gestão local e recursos disponíveis (PAGANI; MINOZZO; QUAGLIA, 2014). Outro serviço estratégico de Saúde Mental e que também fornece apoio matricial, inclusive trabalhando na lógica da RD, são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes são de extrema importância para a

rede básica e estão organizados em equipes multidisciplinares e complementares, buscando atender as diferentes demandas em saúde mental (CRUZ; FERREIRA, 2014)

Existem diferentes tipos de CAPS, dentre estes destacam-se o Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas (CAPS AD), cuja assistência está centrada na atenção comunitária, com ênfase na reabilitação psicossocial dos usuários, não tendo, pelo menos teoricamente, a abstinência como único tratamento; logo, teria maior possibilidade de atingir número mais significativo de usuários (VINADÉ; CRUZ; BARBEITO, 2014).

A implantação dos CAPS AD pelo Brasil inclui mais que a construção de um espaço para o CAPS, mas a construção de uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, capacitando profissionais, com ênfase no cuidado multidisciplinar, promovendo a articulação com os demais profissionais e setores que participam da rede (CRUZ; FERREIRA, 2014).

Com isso, ao conhecer e refletir sobre a RD é possível que novos significados e resultados sejam obtidos no trabalho dos profissionais que lidam com as mais diversas complexidades impostas pelo uso de drogas, já que ela pode ser aplicada nas mais diferentes circunstâncias, pautando-se no diálogo, priorizando o indivíduo e suas potencialidades.

### 3 METODOLOGIA

Para apreendê-la os conhecimento e práticas frente à problemática do uso do álcool, crack e outras drogas desenvolvidas por profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Município de Fortaleza-CE, foi aplicado um roteiro de entrevista semiestruturado, composto por 5 partes: 1) Introdução, abordagem o perfil profissional dos entrevistados; 2) Concepções Morais; 3) Conhecimentos sobre Drogas; 4) Redução de Danos e; 5) Percepções do entrevistador acerca do conteúdo da entrevista. Os dados obtidos foram tratados estatisticamente por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 Licença n° 10101131007, distribuídos através de tabelas realizadas por meio de análises univariada e bivariada.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de junho a dezembro de 2015, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde do Município de Fortaleza, as quais estavam inseridas as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que contabilizavam, durante o período da pesquisa, um total de 48 profissionais. Foram excluídos os profissionais que se encontravam de férias, licença ou em serviço/curso externo no período da aplicação do

questionário, o que reduziu a quantidade inicial para um total de 38 profissionais. Contudo, ao final, apenas 19 profissionais concordaram em participar da pesquisa.

Os dados tomados para análise nesse estudo fazem parte do banco de dados levantado pelo projeto Guarda-chuva intitulado “Concepções e ações de profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Fortaleza-CE sobre Saúde Mental, Drogas (crack, álcool e outras drogas) e Redução de danos na Atenção Primária”. O projeto supracitado teve como instituição proponente a Universidade Federal do Ceará (UFC) e como identificação do tema e linha temática tem-se a Saúde Mental – avaliação da Saúde Mental na Rede de Saúde no contexto da Reforma Psiquiátrica. Desse modo, essa pesquisa contou com a participação de 19 profissionais do NASF, atuantes nas 7 Regionais do Município de Fortaleza-CE, durante os meses de julho a dezembro de 2015. Atualmente, o município é dividido em 7 Secretarias Regionais (SR), que administram os setores da Saúde, Educação, Infraestrutura, Meio Ambiente e Assistência social.

Nesse artigo, apresentaremos, como recorte da dissertação, três tabelas que possibilitarão tecer análises e discussões mais voltadas, respectivamente, para o número de profissionais do NASF, segundo o conhecimento deles acerca da proposta de Redução de Danos, no que se refere ao uso de Álcool, Crack e outras drogas na cidade de Fortaleza; concepção desses profissionais sobre drogas, consumo, estratégias de prevenção, tratamento e dependência frente à problemática das drogas e, por fim, como os profissionais do NASF assinalam sobre as possibilidades de execução das diversas práticas de Redução de Danos.

Para a realização dessa pesquisa, foram tomados todos os cuidados éticos exigidos para a realização desse tipo de pesquisa, conforme assinalam as normas presentes na resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS 466/12, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, sob o Parecer nº 492.539.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No que se refere aos resultados obtidos dos profissionais entrevistados, a maioria se encontrava na faixa etária compreendida entre 30 a 39 anos (42,1%). A categoria profissional em que se obteve o maior número de profissionais foram os fisioterapeutas (52,6%). Quanto às pós-graduações, as mais citadas foram aquelas específicas de cada profissão (78,9%) em detrimento de apenas (21,1%) de pós-graduações na área de Saúde Coletiva e/ou Saúde da Família. Demais dados estão distribuídos sob a forma de tabelas com uma distribuição simples de percentual e frequência.

Tabela 1 – Distribuição do número de profissionais do NASF segundo o conhecimento da Proposta de Redução de Danos na abordagem ao usuário de Álcool, Crack e outras drogas. Fortaleza-CE, julho/dezembro de 2015

	Nunca ouviu falar da proposta	Ouviu falar, mas não sabe do que se trata	Conhece a proposta
<b>Assistente Social</b>	-	-	3
<b>Educador Físico</b>	1	-	-
<b>Farmacêutico</b>	-	-	1
<b>Fisioterapeuta</b>	4	6	-
<b>Nutricionista</b>	-	1	-
<b>Psicólogo</b>	-	-	3

Fonte: Elabora pelos autores.

Sobre o conhecimento dos profissionais acerca da Proposta da Redução de Danos, foram obtidas as seguintes respostas: 26,3%, o que corresponde a 5 profissionais, afirmaram nunca ter ouvido falar da proposta de RD; 36,8%, 7 deles, confirmaram já ter ouvido falar, porém não sabem do que se trata, do mesmo modo, 36,8% responderam que conheciam a proposta da RD.

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais acerca da concepção sobre drogas, consumo, estratégias de prevenção, tratamento e dependência frente à problemática das drogas. Fortaleza-CE, julho/dezembro de 2015

Variáveis	N	%
<b>Danos</b>		
Qualquer uso de drogas, seja legal ou ilegal traz danos aos usuários	13	68,4%
É possível usar drogas sem que haja danos físicos ou psicológicos ao usuário	05	26,3%
<b>Consumo</b>		
O aumento no combate ao tráfico de drogas diminuirá o consumo	05	26,3%
O aumento na prevenção e tratamento diminuirá o consumo	13	68,4%
<b>Tratamento/Decisões</b>		
As decisões sobre o tratamento devem ser tomadas pelos estudiosos/profissionais	06	31,6%
Os usuários devem participar das decisões e colaborar na construção de projetos	13	68,4%
<b>Dependência</b>		
É possível usar drogas sem tornar-se dependente	06	31,6%
Qualquer droga pode levar à dependência	13	68,4%
A dependência está relacionada ao tipo de substância	09	47,4%
A dependência está relacionada à pessoa que faz uso	10	52,6%

Fonte: Elaborada pelos autores.

\* Um participante não respondeu aos 2 primeiros itens da tabela.

Sobre a concepção que os profissionais do NASF possuem sobre drogas, 68,4% deles consideraram que qualquer tipo de droga, seja ela legal ou ilegal, acarretará problemas para o usuário, ao passo que 26,3% consideraram que é possível fazer uso de drogassem que isto traga problemas físicos e/ou psicológicos ao usuário.

No que se refere a haver um aumento no combate ao tráfico de drogas e distribuição, para que haja uma diminuição do consumo, 26,3% dos entrevistados concordaram com esta assertiva, enquanto 68,4% afirmaram que deve haver um aumento na prevenção e tratamento dos usuários, para que haja uma diminuição do consumo.

Acerca das decisões a serem tomadas frente à problemática do uso de drogas, 31,6% dos entrevistados consideraram que as decisões sobre a melhor forma de se trabalhar com o usuário de drogas devem ser tomadas pelas pessoas que trabalham na área, já 68,4% concordaram que os usuários de drogas têm um saber adquirido na prática sobre os problemas que enfrentam e devem colaborar na construção dos projetos e programas de saúde.

No que diz respeito às concepções dos profissionais em relação à dependência do uso de drogas, 31,6% deles consideraram que é possível fazer uso de drogas sem se tornar dependente delas; 68,4% concordaram que qualquer uso de drogas pode levar à dependência; 47,4% afirmaram que a dependência está mais relacionada à substância ingerida e 52,6% relacionaram a dependência à pessoa que usa a droga.

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais do NASF sobre as possibilidades de execução das diversas práticas de Redução de Danos. Fortaleza-CE, julho/dezembro de 2015

Práticas de RD	N	%
<b>Incentivar a diminuição da frequência e quantidade de uso</b>		
Aceitável/Adotariam	17	89,5%
Aceitável/Não adotariam	03	10,5%
Não aceitável		-
NS*		-
<b>Definir junto ao usuário local Limpo e seguro para uso</b>		
Aceitável/Adotariam	06	31,6%
Aceitável/Não adotariam	05	26,3%
Não aceitável	07	36,8%
NS	01	5,3%
<b>Realizar trocas de cachimbos usados por novos</b>		
Aceitável/Adotariam	04	21,1%
Aceitável/Não adotariam	06	31,6%
Não aceitável	09	47,4%
NS	-	-
<b>Substituir drogas ilegais por legais</b>		
Aceitável/Adotariam	03	15,8%
Aceitável/Não adotariam	08	42,1%
Não aceitável	06	31,6%
NS	02	10,6%
<b>Realizar Consultórios de Rua</b>		
Aceitável/Adotariam	11	57,9%
Aceitável/Não adotariam	06	31,6%
Não aceitável	02	10,5%
NS	-	-
<b>Informar procedimentos que reduzam os riscos associados às drogas</b>		
Aceitável/Adotariam	16	84,2%
Aceitável/Não adotariam	03	15,8%
Não aceitável	-	-
NS	-	-
<b>Orientar sobre o uso controlado e responsável (em situações seguras) de drogas</b>		
Aceitável/Adotariam	12	63,2%
Aceitável/Não adotariam	03	15,8%
Não aceitável	03	15,8%
NS	01	5,2%

Fonte: Elaborada pelos autores.

\*Não souberam responder.

Sobre o incentivo à diminuição da frequência e quantidade de uso, 89,5% dos profissionais consideraram a proposta aceitável e com possibilidade de adoção em seu trabalho; 10,5% consideraram aceitável, porém não adotariam.

Quanto à ação de estabelecer, junto com o usuário, horário definido, local seguro e higienizado (limpo) para o uso de drogas: 31,6% dos entrevistados consideraram aceitável e com possibilidade de adoção; 26,3% consideraram aceitável, mas sem possibilidade de adoção no trabalho; 36,8% não consideraram esta ação aceitável e 5,3% não souberam responder.

Acerca da realização da troca de cachimbos usados por cachimbos novos: 21,1% consideraram aceitável e com possibilidade de adoção em seu trabalho; 31,6% consideraram aceitável, porém não adotariam e 47,4% não consideraram esta ação como aceitável.

No que concerne ao incentivo à substituição do uso de substâncias ilegais por substâncias legais: 15,8% consideraram aceitável e com possibilidade de adoção; 42,1% consideraram esta ação aceitável, porém não adotariam; 31,6% não consideraram aceitável e 10,6% não souberam responder.

Sobre à realização de consultórios de rua, verificou-se que 57,9% consideraram aceitável e adotariam esta prática em seu trabalho; 31,6% consideraram aceitável, porém não adotariam a referida prática e 10,5% não souberam responder.

No tocante às informações sobre os procedimentos que reduzem os riscos e os danos associados ao uso: 84,2% consideraram aceitável e possível de executar esta ação, ao passo que 15,8% consideraram aceitável, porém sem possibilidade de executar esta ação em seu cotidiano de trabalho.

Em relação à prestação de orientações sobre o uso controlado e responsável da droga, 63,2% consideraram esta prática aceitável, e que poderiam adotá-la em seus cotidianos. As frequências nas respostas para os que consideraram aceitáveis, porém sem possibilidade de adoção e aqueles que não consideraram aceitáveis foram as mesmas, 15,8%, de modo que os que não souberam responder representaram 5,2% da amostra.

Em uma análise mais atenta acerca do perfil profissional destes trabalhadores da saúde, identificou-se que poucos deles têm formação/qualificação específicas para as novas estratégias de saúde da família. Este dado pode ser um forte indício das dificuldades encontradas por esses profissionais em manejar as propostas da Redução de Danos na Atenção Primária à Saúde.

Nas práticas propostas pela Redução de Danos, os profissionais devem estar capacitados ao atendimento aos usuários de álcool, crack e outras drogas, considerando-os,

em suas singularidades, sensíveis às histórias de vida e aos contingentes sociais que marcam as trajetórias destas pessoas. Assim, a diversificação dos saberes profissionais no campo da saúde é de extrema importância. No entanto, a formação adequada para esta modalidade de atenção, dentro dos princípios da reforma psiquiátrica, ainda é deficitária nas universidades da grande maioria destes profissionais (VASCONCELOS, 2014; CRUZ; FERREIRA, 2014).

Conforme os dados obtidos nessa pesquisa, os conhecimentos sobre a RD são limitados. Embora esta proposta seja bastante difundida, o estudo realizado por Reis, Silva e Andrade (2010), realizado com profissionais da ESF, constatou que 77,6% dos entrevistados desconheciam-na. O mesmo estudo apontou que mais de 2/3 dos participantes não procuravam informações sobre a Redução de Danos.

Através das análises, foi possível perceber que a maior parte dos entrevistados concordavam que as substâncias psicoativas causam danos aos usuários, independentemente de serem lícitas ou não. A proposta de Redução de Danos, por outro lado, busca a quebra deste paradigma, respeitando a escolha de usuários que desejam, muitas vezes, continuar fazendo uso de drogas, sem considerar tal escolha uma prática incompatível com o cuidado oferecido pelo serviço (SOUZA; CARVALHO, 2015). Isso evidencia, por exemplo, a valorização da autonomia do sujeito em conduzir seu tratamento segundo terapêuticas mais adequadas ao seu contexto de vida. Mesmo com a crescente difusão das propostas defendidas pela RD, a partir dos dados obtidos, foi possível observar que, de um modo geral, os profissionais ainda nutrem pensamentos ambivalentes sobre as drogas, uma vez que as respostas tendem tanto a complementar, quanto divergir das propostas da RD, a depender do aspecto questionado.

Sobre o tratamento e as decisões autônomas do usuário, por exemplo, 68,4% concordaram que os usuários possuem saber adquirido e devem participar do tratamento. A escolha das atividades, assim como do tratamento, deve ser de comum acordo com o usuário e a família, além de toda a equipe profissional, de modo que o cuidado seja discutido, direcionando sentido na vida do indivíduo e suas famílias.

Por outro lado, muitas contradições são evidenciadas. O modo como os profissionais percebem a ideia de dependência representa bem tais contradições, pois eles concluem, em sua maioria, que qualquer substância psicoativa pode levar o usuário à dependência. Porém, de acordo com as proposições da RD, esta questão é tencionada a partir dos entrelaces multifatoriais que precisam ser levados em consideração, como as relações que os indivíduos estabelecem com o consumo, e não apenas com os aspectos físico-químico proporcionados pelas substâncias (QUINDERÉ, 2013).

Outra contradição que se identificou, refere-se às práticas de Redução de Danos desenvolvidas pelos profissionais. Verificamos que, mesmo com conhecimentos restritos sobre esta estratégia, os entrevistados dizem desenvolver práticas concernentes com algumas propostas da RD. Tais propostas, contudo, são, em sua maioria, práticas voltadas para a educação em saúde, como aquelas consideradas mais próximas do convívio com os usuários, cujos exemplos são a troca de cachimbos e/ou mudança no tipo de droga. Ao passo que desenvolver práticas que visem à substituição do uso de drogas mais nocivas por menos nocivas (a relação entre crack e maconha, por exemplo) são consideradas inaceitáveis e/ou de difícil adoção pelos próprios profissionais.

## 5 CONCLUSÃO

Diante do que já foi exposto, essa pesquisa buscou analisar o conhecimento e as práticas de Redução de Danos desenvolvidas pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Município de Fortaleza-CE acerca da problemática do uso do Álcool, Crack e outras drogas. Observou-se, na população estudada, que os conhecimentos sobre a Estratégia da Redução de Danos ainda se encontram limítrofes, inferindo em posicionamentos ambíguos tanto no que concerne à problemática das drogas, como no conceito e nas possibilidades de adoção da Estratégia da RD. Logo, presume-se que estas limitações restrinjam iniciativas mais abrangentes e intervencionistas de qualidade.

Ao caracterizar o perfil dos profissionais do NASF atuantes no município de Fortaleza no ano de 2015, constatou-se uma restrita formação acadêmica destes profissionais em áreas do conhecimento, que os aproxime e fortaleça na perspectiva da integralidade do cuidado e articulações com as ações de Saúde Mental, por exemplo.

Percebeu-se que as posturas dos profissionais do NASF, diante de pessoas que fazem uso de álcool, crack e outras drogas, no contexto da Atenção Primária, destacaram-se, de um modo geral, por serem marcados fortemente por estigmas e preconceitos. As concepções, em relação aos danos e dependência de drogas, associaram-se, de forma significativa, a uma visão conservadora e moralista, a um pensamento sem crítica e desarticulado ao que se propõe para Redução de Danos.

A discussão do impacto dos dados para a atuação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no cuidado às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas nos territórios de atuação resume a necessidade de que mais estudos sejam realizados sobre drogas

e Redução de Danos que promovam apoio na atuação das equipes da ESF, NASF e demais dispositivos da Atenção Básica.

Acredita-se, assim, que os objetivos dessa pesquisa foram alcançados, e que este estudo tem potencial para contribuir com ações sociais e de saúde mais concretas, de forma a fomentar a interdisciplinaridade profissional, expandir os conhecimentos e a perspectiva do trabalho sob a lógica da Redução de Danos, fortalecendo a integralidade do cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas presentes nos mais diversos territórios.

## REFERÊNCIAS

ABORDA. **O que é ABORDA?** Disponível e: <<http://abordabrasil.blogspot.com.br>>. Acesso em: 31 jul. 2016.

ANDRADE, T. M.; ESPINHEIRA, C. G. D. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicotrópicas na cultura brasileira. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 1, p. 11-26.

BARBOSA, S. M. A.; CUNHA, K. F.; CANDIDO, A. P. G.; ANDRADE, T. B. E. S. A experiência da Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju: Rede e Coletivos como produtores de saúde e de vida. *In*: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderno Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548p, v.5, p. 419-440.

BRASIL. **Caderno Humaniza SUS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ministério da Saúde. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Caminhos do cuidado: caderno do tutor**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Tecnológica em Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e pesquisa em Saúde- Escola GHC. Brasília: Ministério da saúde, 2013 a.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

CAMPOS, A. G.; SOUZA, M. P. F. Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população de rua. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 14, n. 3, 2012.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de saúde pública**. 2007; 23 (2), p. 399-407.

CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M. B. O vínculo necessário entre os equipamentos da área de saúde mental e os do PSF na construção da rede de atenção integral a pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção social e Acompanhamento**. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 2, p. 37-48.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, E. A. **V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 capitais brasileiras-2004**. São Paulo: SENAD/CEBRID, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (BRASIL). **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2012**. Rio de Janeiro (RJ): IBGE, 2013. Disponível em: <<http://ibge.gov.br>>. Acesso em: 18 de maio 2015.

LIMA, A. F; GONÇALVES NETO, J. U.; LIMA, M. S. Lasleyes de drogas en Brasil y surelación em laproducción de políticas de identidad: un análisis de losprocesos de estigmatización y promoción de laalteridad, desde la perspectiva de La psicología social crítica. **Salud & Sociedad**, v. 2, n. 2, 2011.

MANGUEIRA, S. O.; GUIMARÃES, F.J; MANGUERA, J. O.; FERNANDES, A. F.C; LOPES, M. V. O. **Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: Revisão integrativa da literatura**. *Psicologia Social*, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, p. 157-168, 2015.

MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S.; CARNEIRO, A. P. L. Intervenção Breve: princípios básicos e aplicação passo a passo. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento**. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 1, p. 11-22.

NIEL, M.; DA SILVEIRA, D. X. **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. NIEL, M.; DA SILVEIRA, D. X. (Orgs). São Paulo, 2008.

OLIVEIRA, M. C. Direitos Humanos: uma nova cultura para a atuação em contextos de uso abusivo de drogas. *In*: FORMIGONI, M. L. O. S. (Org.). **SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento**. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 3, p. 41-64.

PAGANI, R.; MINOZZO, F.; QUAGLIA, G. Abordagem familiar: cuidados às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas pelas equipes de Saúde da Família. *In*: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). **SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e**

dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 4, p. 91-114.

PAIVA, F. S.; COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M. **Fortalecendo redes sociais:** desafios e possibilidade na prevenção ao uso de drogas na atenção primária à saúde fortalecendo redes sociais. Aletheia, Canoas, n. 37, abr. 2012 .

QUINDERÉ, P. H. D. **A experiência do uso de crack e sua interlocução com a clínica:** dispositivos para o cuidado integral com o usuário. Tese (Doutorado), Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

REIS, I. F.; SILVA, J. L. L.; ANDRADE, M. Utilização da Política de Redução de Danos de Álcool e outras Drogas em saúde da família. **Informe-se em promoção da saúde**, 2010, v.6, n.2, p.16-19.

RIBEIRO, M. A. P. Drogas, adolescência e o papel da família. *In:* RIBEIRO, L. T. F. **Temas educacionais:** Uma coletânea de artigos. / Luís Távora Furtado Ribeiro e Marco Aurélio de patrício Ribeiro. Fortaleza: Edições UFC, 2010, p. 245-255.

SIQUEIRA, D. A política da Redução de Danos no Brasil e os direitos fundamentais do homem. Rio de Janeiro (En) Cena, 23/01/2013. Entrevista a Jonatha Rospide Nunes. *In:* **Caminhos do cuidado:** caderno do tutor. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Tecnológica em Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e pesquisa em Saúde- Escola GHC. Brasília: Ministério da saúde, 2013.

SOUZA, T. A. CARVALHO, S. R. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e os confrontos com a internação compulsória. *In:* BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, **Caderno Humaniza SUS**, 2015, p. 216-233.

VASCONCELOS, E. M. **Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas.** Rio de janeiro: escola de Serviço Social da UFRJ. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

VINADÉ, T. F.; CRUZ, M. S.; BARBEITO, M. M. Estratégias de Redução de Danos: da atenção primária à secundária Saúde – Atenção Integral na rede de Saúde. *In:* FORMIGONI, M. L. O. S. (Org.). **SUPERA:** Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, Módulo 5, cap. 5, p. 93-106.

**Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:**

RODRIGUES, A. C. N.; LIMA, A. F.; CASTRO, E. M. A.; SANTOS, B. O.; ALMEIDA, P. C. Conhecimentos e práticas de Redução de Danos de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. FSA**, Teresina, v.14, n.1, art.10, p. 198-219, jan./fev. 2017.

<b>Contribuição dos Autores</b>	<b>C. N. A. Rodrigues</b>	<b>A. F. Lima</b>	<b>E. M. A. Castro</b>	<b>B. O. Santos</b>	<b>P. C. Almeida</b>
1) concepção e planejamento.	X	X			
2) análise e interpretação dos dados.	X	X	X	X	X
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X	X	X	X	
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X	X	X	X