



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

AURÉLIO MATOS ANDRADE

**FATORES DE RISCO E FATORES DE PROTEÇÃO DECORRENTES DO USO DE
CRACK EM UM CAPS AD NO DISTRITO FEDERAL: UMA ABORDAGEM
QUALITATIVA**

BRASÍLIA-DF

2018



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

AURÉLIO MATOS ANDRADE

**FATORES DE RISCO E FATORES DE PROTEÇÃO DECORRENTES DO USO DE
CRACK EM UM CAPS AD NO DISTRITO FEDERAL: UMA ABORDAGEM
QUALITATIVA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Dra. Maria da Glória Lima.

BRASÍLIA-DF

2018



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

AURÉLIO MATOS ANDRADE

**FATORES DE RISCO E FATORES DE PROTEÇÃO DECORRENTES DO USO DE
CRACK EM UM CAPS AD NO DISTRITO FEDERAL: UMA ABORDAGEM
QUALITATIVA**

Aprovado em defesa realizada em 25 de junho de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria da Glória Lima (Presidente)
Universidade de Brasília (UnB)

Profa. Dra. Maria Aparecida Gussi (Membro titular)
Universidade de Brasília (UnB)

Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça (Membro titular)
Universidade de Brasília (UnB)

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa (Membro suplente)
Universidade de Brasília (UnB)

Dedico este trabalho a todos os usuários de drogas que lutam por melhores condições da saúde mental em nosso país. Principalmente aqueles que têm sofrido iniquidades no enfrentamento da dependência química. Desejo que possamos viver as relações humanas em que o respeito às diferenças sejam a base para um convívio saudável e justo.

AGRADECIMENTOS

É com muita satisfação e alegria que chego neste momento de conclusão de mestrado. Um sonho concretizado!

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para que a pesquisa fosse realizada e para que esta dissertação fosse elaborada, em especial:

A Deus, por ter me proporcionado momentos incríveis com pessoas que sem dúvidas foram essenciais para a conquista desta vitória.

Aos meus pais, Maria dos Reis e Alcione Andrade, pelo dom da vida e pela dedicação. Principalmente, a minha mãe, bibliotecária, que me incentivou a alcançar esta conquista e por ter feito a leitura e correção de informações da dissertação.

A minha irmã, Távnia Maria, e meu cunhado, Marcos Aurélio, que me auxiliaram nas transcrições dos áudios realizados na pesquisa.

A minha tia, Francisca Barros, que me motivou a crescer academicamente desde criança.

Ao meu namorado, Pedro Lopes, por acreditar em mim, pela parceria, companheirismo e por ter ofertado cuidado, compreensão e amor nos momentos em que mais precisei ter resiliência.

A minha orientadora, Dra. Maria da Glória Lima, pela paciência e motivação, por me apresentar novos caminhos de pesquisa e ampliar o meu conhecimento na área de saúde mental. Além da oportunidade enriquecedora de contribuir como apoiador no Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal (Obsam).

A professora, Dra. Maria Aparecida Gussi, pelas orientações e conversas, por me proporcionar novas perspectivas na área de saúde mental.

A coordenadora do Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas (SEAD) do Hospital Universitário de Brasília (HUB), Cláudia Merçon, que me orientou e auxiliou na elaboração do roteiro de entrevista e na abordagem a ser realizada com os entrevistados.

Aos pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz Brasília, que me motivaram e incentivaram a fazer o mestrado para aumentar meu aprendizado. Em especial, Dr. André Fenner, Dra. Missifany Silveira, Dra. Luciana Sepulvedá, Dra. Flávia Elias e Msc. Bianca Coelho que valorizaram meu esforço e torceram por meu sucesso.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pelos ensinamentos, diálogos, apoio e incentivo durante as aulas ministradas e em todas as fases de elaboração desta dissertação. Em especial, a Dra. Ana Valéria

Mendonça e Dra. Maria Fatima, que me fizeram crescer academicamente e profissionalmente.

Aos meus colegas e amigos da turma de mestrado em saúde coletiva que desde o início nos unimos para tomar decisões importantes no decurso do mestrado e prosseguimos com coragem e determinação em todos os momentos.

Aos gerentes do CAPS ADIII que me recepcionaram com respeito, presteza e gentileza.

A toda equipe de profissionais do CAPS ADIII (médicas, enfermeiras, farmacêuticos, psicólogas, assistentes sociais, técnicas de enfermagem, vigilantes e auxiliares da limpeza) que me ajudaram a realizar as entrevistas tornando o contato com os usuários de forma mais próxima e acolhedora.

Aos meus amigos e demais familiares que me escutaram e orientaram nos momentos em que precisei. Especialmente, Ione Barros, Talita Gomes, Juliana Girardi e Nicole de Mello que me deram força e coragem para ultrapassar os percalços dessa caminhada.

“Para navegar contra a corrente são necessárias condições raras: espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão.”

(Nise da Silveira)

RESUMO

O conhecimento da cultura do crack associado aos riscos físicos, psíquicos e sociais alerta sobre a tomada de providências estratégicas que permitam a redução de danos com usuários de crack no Distrito Federal (DF). Ademais, verifica-se uma escassez de pesquisas sobre o crack no DF, além de ser pertinente a existência de equipes multidisciplinares na área da saúde a fim de auferir mais informações para a elaboração de políticas públicas em saúde. Esta dissertação tem como objetivo analisar os fatores de riscos e os fatores de proteção em usuários de crack de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas do Distrito Federal. Utilizou-se uma abordagem qualitativa de forma descritiva exploratória pelo método de análise de discurso em que foi direcionada por meio de entrevista semiestruturada com 24 usuários de crack, de ambos os gêneros e de idade superior a 18 anos, em um CAPS AD modalidade III da rede pública da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. A categorização consistiu nos fatores de risco e proteção decorrentes do uso de crack com alterações físicas e psicológicas; uso individual e coletivo de crack; locais abertos e fechados; violência; rede social: família e amigos; uso de preservativo; cuidados na compra da droga e o tratamento no CAPS. Pelo motivo das estratégias de proteção terem sido desenvolvidas dentro da própria cultura do crack e, serem vivenciadas na perspectiva dos próprios usuários, percebe-se que sua compreensão acontece de forma prática e rápida. Conclui-se que as ações de redução de danos são mais efetivas quando absorvidas pelas atividades terapêuticas que perpassam no cotidiano dos usuários e na articulação com os atores sociais e políticos. Portanto, os fatores compartilhados nesta pesquisa dispuseram sobre as características epidemiológicas e sociais relacionadas ao contexto individual e coletivo de cada usuário de crack, também percebeu-se a importância do processo participativo da família, amigos e profissionais para a redução de danos.

Palavras-chave: Cocaína Crack, Proteção, Risco, Saúde Pública, Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the risks and strategies of protection in crack users at the Alcohol and Drug Psychosocial Care Center of the Distrito Federal. The knowledge of the crack culture associated with physical, psychic and social risks warns the adoption of strategic measures that allow the reduction of damages with crack users in the Distrito Federal (DF). In addition, there is a shortage of research on crack in the DF, besides being pertinent the existence of multidisciplinary teams in the health area in order to obtain more information for the elaboration of public health policies. This dissertation aims to analyze the risk factors and protection factors in crack users of a Psychosocial Care Center for alcohol and drugs in the Distrito Federal. A descriptive exploratory qualitative approach was used by the discourse analysis method in which it was directed through a semi-structured interview with 24 crack users of both genders and over 18 years of age in a CAPS AD modality III of the network public service of the State Department of Health of the Distrito Federal. The categorization consisted of the risk and protection factors resulting from the use of crack with physical and psychological alterations; Individual and collective use of crack; Indoor and outdoor places; Violence; Social network: family and friends; Condom use; Care in the purchase of the drug and treatment in the CAPS. Because the protection strategies have been developed within the culture of crack and, from the perspective of the users themselves, it is perceived that their understanding happens in a practical and fast way. It is concluded that harm reduction actions are more effective when absorbed by therapeutic activities that permeate users' daily lives and in articulation with social and political actors. Therefore, the factors shared in this research had on the epidemiological and social characteristics related to the individual and collective context of each crack user, we also noticed the importance of the participatory process of the family, friends and professionals to reduce damages.

Keywords: Cocaine Crack, Protection, Risk, Public Health, Mental Health Services.

Lista de Tabelas

| | |
|--------------------------|----|
| Tabela 1-Resultados..... | 43 |
|--------------------------|----|

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

AIDS- Acquired Immunodeficiency Syndrome

APS- Atenção Primária de Saúde

ASPPE- Associação Santista de Pesquisa, Prevenção e Educação em DST/AIDS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CAPSi- Centro de Atenção Psicossocial infantil

CEAM- Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares

CEP/FS-UnB- Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

CEP FEPECS- Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

CETAD- Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CONEN-SP- Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas de São Paulo

CUE61- Convenção Única sobre os Estupefacientes

CSP71- Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ESF-Estratégia Saúde da Família

HIV- Human Immunodeficiency Virus

IEPAS- Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos

IHRA- International Harm Reduction Association

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

NAPS- Núcleo de Atenção Psicossocial

NESP- Núcleo de Estudos em Saúde Pública

Obsam- Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

OPAS- Organização Pan Americana de Saúde

PDAD- Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

PNASH - Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria

PNAD- Política Nacional Antidrogas

PROAD- Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes

PSF- Programa Saúde da Família

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

RELARD- Rede Latino Americana de Redução de Danos

RD- Redução de Danos

SISNAD- Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UDI- Usuários de Drogas Injetáveis

UnB- Universidade de Brasília

UNESCO- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo

UNODC- Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 14 |
| 1. INTRODUÇÃO | 15 |
| 2. OBJETIVOS | 18 |
| 3. REFERENCIAL TEÓRICO | 19 |
| 3.1 Breve Histórico do uso de drogas na humanidade..... | 19 |
| 3.2 Políticas de saúde na atenção ao álcool e outras drogas no mundo..... | 22 |
| 3.3 Reestruturação do cuidado em relação ao uso de drogas no Brasil | 25 |
| 3.4 Redução de Danos | 29 |
| 3.5 Fatores de risco e fatores de proteção: uso de drogas..... | 32 |
| 4. PERCURSO METODOLÓGICO | 35 |
| 4.1 Método | 35 |
| 4.2 Cenário do Estudo | 36 |
| 4.3 Desenho do Estudo | 37 |
| 4.4 Tamanho da Amostra | 38 |
| 4.5 Não Participação | 38 |
| 4.6 Entrevista individualizada | 38 |
| 4.7 Coleta de Dados | 39 |
| 4.8 Análise dos achados de campo | 39 |
| 4.9 Questões Éticas | 39 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 40 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 60 |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 51 |
| APÊNDICES | 61 |
| ANEXOS | 78 |

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação foi realizada a partir do projeto de pesquisa intitulado: “Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa” do Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal (Obsam) em que fui pesquisador colaborador. Além do mais, desde a graduação venho estudando e aprendendo sobre a temática do crack em saúde mental com a pesquisa: “A caracterização da cultura do crack, acessibilidade e formas de uso nos Centros de Atenção Psicossocial de álcool e drogas do Distrito Federal.”

Sendo assim, este manuscrito foi estruturado em (1) Introdução, (2) Referencial Teórico, (3) Objetivos, (4) Metodologia, (5) Resultados e Discussão e (6) Considerações Finais.

A primeira etapa refere-se à introdução que apresenta aspectos gerais do contexto do crack, relacionando as principais informações no âmbito mundial, no Brasil e no Distrito Federal. Na segunda etapa, do referencial teórico, foi feito um breve arcabouço histórico do uso de drogas na humanidade, também foi descrito a respeito das políticas internacionais e nacionais, assim como os fatos mais marcantes que determinaram a criação da atual política de saúde mental voltada para drogas. Além disso, foi realizado um detalhamento acerca da redução de danos, dos fatores de risco e dos fatores de proteção no cenário das drogas. Na terceira etapa foram elencados o objetivo geral e os objetivos específicos propostos neste estudo.

Na quarta etapa, a metodologia, contém a descrição minuciosa dos tópicos que constroem o rigor metodológico que foi realizado para alcançar, da melhor forma, o objetivo geral e os objetivos específicos propostos neste estudo.

Na quinta etapa, os resultados e discussão foram elaborados em formato de artigo para responder ao objetivo geral e aos objetivos específicos. E por fim, na sexta etapa, as considerações finais apontaram os principais achados em relação aos objetivos alcançados.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a dependência química por drogas é uma doença crônica e a diversidade de riscos que acometem indivíduos envolvidos com substâncias psicoativas traz a problemática do uso abusivo de crack na dialética que perpassa a trajetória dessa substância, bem como na elaboração de políticas públicas de saúde no Brasil^{1,2}.

O crack é uma substância psicotrópica que tem como efeito alterar a função do organismo vivo, atuando em modificações fisiológicas e comportamentais. É um potente psicoanaléptico do sistema nervoso central³. É constituído por cloridrato de cocaína processado com bicarbonato de sódio ou amônia, que se materializa em forma de pedras a serem fumadas^{4,5}. Cabe salientar que a cocaína é o principal componente do crack e um dos alcaloides mais presentes na planta *Erythroxylon coca*, localizada nas encostas andinas cultivadas nas regiões planálticas e região noroeste da Amazônia Legal⁶.

A palavra crack originou-se do ruído que a substância faz ao ser aquecido no cachimbo, ou também em latas de alumínio⁷. A produção de crack apresenta um controle difícil em sua constituição, pois várias substâncias podem ser acrescentadas na pasta base e a transformação da folha da coca é feita em diversos países como na Bolívia, Colômbia e Peru^{8,9}.

O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC)¹⁰ (2016) destaca que cerca de 250 milhões de pessoas, ou um pouco mais de 5% da população mundial entre 15 e 64 anos de idade, usaram drogas ilícitas em 2014. No Brasil, o índice é de mais ou menos seis milhões de dependentes químicos, o equivalente a 3% da população geral, sendo que 370 mil usam regularmente crack ou similares¹¹.

A Portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde¹² instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que tem como escopo a articulação, criação e ampliação de centros de referência especializada em atenção à saúde da população com transtorno ou adoecimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa rede evidencia o respeito aos direitos humanos, a promoção da equidade e o cuidado

epidemiológico na redução de danos em decorrência do uso e abuso de drogas que se contrapõem a ordem medicalocêntrica¹³.

Segundo o Ministério da Saúde¹⁴ (2018), o Brasil apresenta 324 Centros de Atenção Psicossocial de álcool e drogas (CAPS AD), os quais sete pertencem à Secretaria de Saúde do Distrito Federal¹⁵ (2016). Esses estabelecimentos realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda ou crônica do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação serem direcionados ao CAPS ADIII com necessidades de cuidados clínicos contínuos.

A Lei da reforma psiquiátrica 10.216/2001¹⁶ que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental, no art.6º estabelece três tipos de internação: voluntária realizada com o consentimento do usuário; involuntária realizada sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiro; e compulsória determinada pela justiça. Entretanto, as medidas coercitivas de proteção utilizadas pelo Estado divergem na lógica terapêutica antimanicomial, na medida em que as ações intervencionistas acontecem de forma centralizada, setorial, incipiente e sem participação social e de instituições públicas¹⁷.

Nesse sentido, a redução de danos busca minimizar impactos sociais e à saúde em contrapeso ao consumo de substâncias psicoativas, principalmente de crack. No entanto, o preconceito e o estigma relacionados ao usuário de drogas designa a dificuldade de institucionalização das estratégias de redução de danos nos serviços de saúde e na efetivação de políticas públicas¹⁸. Portanto, é preciso avançar nos fatores de proteção em consonância com os comportamentos de riscos decorrentes do consumo de crack, já que é mínima a quantidade de estudos na capital do país¹⁹.

Entende-se que a complexidade que permeia os fatores de risco e os fatores de proteção discorre em contextos multivariados. O conceito de risco está associado a possível ocorrência de um determinado evento indesejado, e os fatores de proteção são descritos como recursos sociais ou pessoais que abrandam ou neutralizam o efeito do risco²⁰. Dessa forma, a identificação da relação entre fatores de risco e fatores de proteção, assim como a característica do ambiente externo ao indivíduo, o mecanismo de oferta e acesso aos serviços e insumos do modelo biopsicossocial tornam possível o controle e a redução de danos a partir de uma

intervenção programada e orientada sobre as condições objetivas do usuário, de suas vontades e perspectivas concretas de mudanças²¹.

A formulação de políticas e estratégias de redução de danos relacionados a comportamentos e práticas tidos como fatores potencialmente prejudiciais ao indivíduo permite ampliar possibilidades com pequenas e significativas mudanças saudáveis sem determinar alterações bruscas das escolhas pessoais dos usuários de crack²². O estilo de vida adotado por esses usuários que geralmente são marginalizados por atos ilícitos, com distanciamento dos laços afetivos, compromete a qualidade de vida e eleva a necessidade de exploração em profundidade dos riscos associados ao uso de crack²³.

Esses riscos podem estar relacionados à falta de conhecimento dos efeitos do crack no organismo; falta de políticas públicas em saúde voltadas para a educação permanente; dificuldade na relação intersetorial das áreas da saúde e segurança pública; práticas ilícitas motivadas pela dependência química; doenças adquiridas com o manejo e consumo da droga²⁴. A dependência química revela um alarmante cenário na saúde pública e tem provocado os profissionais de saúde e a população a entender a cultura do crack na abordagem biopsicossocial²⁵.

Portanto, esta pesquisa visa analisar os fatores de risco e os fatores de proteção em usuários de crack de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas do Distrito Federal e se a dependência química causada pelo uso de crack predispõe a situações de risco o próprio usuário e quais os fatores de proteção construídos para a redução desses riscos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os fatores de riscos e os fatores de proteção em usuários de crack de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas do Distrito Federal.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e socioeconômico do usuário de crack que se encontra em tratamento em um CAPS ADIII;
- Caracterizar os riscos físicos, psíquicos e sociais decorrentes do uso de crack;
- Conhecer os fatores de proteção dos usuários em relação aos riscos associados ao consumo de crack.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Breve Histórico do uso de drogas na humanidade

As situações históricas com o uso de drogas na humanidade perdem-se no tempo e norteiam-se com as tradições culturais, crenças e costumes de cada povo. A experimentação de plantas esteve entre as pioneiras no contexto de uso de drogas como, por exemplo, a maconha extraída da planta *Cannabis sativa*, na China, há 4.000 anos a.C., com finalidade de melhorar a resposta cognitiva, estimular a libido sexual e por permitir uma vida duradoura. Outra referência foi a do ópio que se principiou supostamente a cerca de 3.000 anos a.C., na Mesopotâmia, extraída da planta dormideira, denominada “planta da felicidade”, contudo Homero já havia citado essa planta em *Odisséia* no séc. VIII a.C. A folha da coca foi encontrada largamente em países andinos como na Bolívia e no Peru por cerca de 5.000 anos a.C., sendo que a mastigação das folhas já estava presente em atividades da sociedade como no trabalho e em rituais religiosos²⁶.

Já na Idade Média, principalmente entre os séc. X e o séc. XII, as plantas medicinais da farmacopeia clássica foram culpabilizadas por estarem presentes em feitiços e bruxarias, sendo geralmente utilizadas em rituais pagãos. Ainda nessa época, o mercantilismo expansionista, o comércio transoceânico e o período dos descobrimentos foram vistos pelos europeus como um momento ímpar no conhecimento de novas espécies botânicas que estavam no anonimato como, por exemplo, a batata, o milho, o chá do tabaco descobertos no novo mundo e logo depois adentraram ao velho continente. Mas só depois do séc. XIV aconteceu a popularização de plantas medicinais com importância terapêutica²⁷.

As doenças mentais decorrentes do uso e abuso de drogas são comuns em todos os países do mundo e não é de hoje que isso acontece, no séc. XVII, na Europa, os antigos hospitais gerais já utilizavam o isolamento e a exclusão dos indivíduos como base das intervenções frente ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Até o século XVIII, os fundamentos aplicados na saúde mental não eram baseados em uma finalidade médica curativa e muito menos preventiva, no entanto, as pessoas consideradas "indesejáveis" à sociedade eram internadas em

instituições filantrópicas para serem separadas do convívio social à qual poderiam ameaçar, contagiar ou, ainda, para morrer em um ambiente protegido²⁸.

Cabe salientar que o domínio exercido dentro das instituições era de incumbência do Estado e da igreja, entretanto, em razão das revoluções francesa e industrial, do aparecimento de novos atores sociais – o proletariado, classe média, burguesia - e da transformação do ser racional na produção do conhecimento, essas mudanças institucionais vão paulatinamente desenhando uma conjuntura menos centralizada, mas ainda nas mãos daqueles que detinham maior poder aquisitivo e fortemente medicalizada no tratamento aos usuários de drogas²⁹.

Nesse cenário, a Psiquiatria aparece como um campo de conhecimento próprio (monodisciplinar) e o manicômio se estabelece como um espaço privilegiado de tratamento de dependentes químicos e outros transtornos mentais. O ambiente fechado do hospital psiquiátrico culmina na ausência da liberdade e da condição individual do usuário de droga, além de fragilizar o elo familiar e social³⁰. De acordo com Basaglia³¹, no momento em que usuário de droga é internado em um manicômio, ele se depara com novas normas e um arcabouço físico que declina em uma alienação exacerbada, devido à situação de exclusão, segregação e isolamento.

Seguiu-se, no século XIX, um grande aumento do uso da cocaína e do ópio, sobretudo entre as pessoas mais abastadas e cultas. Entretanto, o cânhamo era utilizado com fins terapêuticos, sendo prescrito à Rainha Vitória como alívio de dores menstruais, e tendo até direito ao selo de aprovação real. Nesse período, Freud começou a estudar as propriedades da cocaína que culminou com a publicação do seu ensaio “Uber Coca” (1884), provocando um aumento nas prescrições de cocaína para tratamento de ansiedade e depressão. Logo depois, em 1886, a mais famosa das bebidas, a Coca-cola, foi inventada por John Pemberton, um farmacêutico que utilizou a noz de cola e cocaína³².

No início do século XX, a Conferência de Xangai (1909), a Convenção de Haia (1912) e a Conferência de Genebra (1925) foram marcos limitantes do comércio de drogas devido a crescente dependência química, principalmente pelo consumo do ópio³³. Esse posicionamento repressivo de proibição às drogas que

interessava o monopólio da indústria farmacêutica, não melhorou o cenário dos manicômios, pois se apresentava em uma situação de enorme precariedade e não atuava de forma a recuperar e reabilitar os doentes mentais³⁴.

Na década de 60, aconteceu a Convenção Única sobre os Estupefacientes (CUE61) que limitou exclusivamente a fins médicos e científicos a produção, fabricação, exportação, importação, distribuição, comércio e uso dos estupefacientes, que, por sinal, foi à concepção adotada nos Estados Unidos da América (EUA) pela psiquiatria preventiva com a proposta de intervir no uso de drogas para impedir que os usuários se tornassem dependentes. Entretanto, proibir o uso só fortaleceu o tráfico de drogas, e nesse período os americanos passavam por dificuldades preocupantes, tais como o movimento *Beatnik*, a Guerra do Vietnã, o surgimento de gangues de jovens fomentando a segregação por etnia, enfim, movimentações na perspectiva social, cultural, política e econômica. Porém, isso não provocou um questionamento mais amplo sobre a própria abordagem da psiquiatria como mecanismo de controle social³⁵.

Em 1971, a Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas (CSP71) remete a complementar as normas já existentes na CUE61, estabelecendo uma lista de substâncias sintéticas de uso mais frequente, e, de modo geral, com efeitos menos nocivos ao organismo³⁶. E em 1988, na Convenção das Nações Unidas contra o tráfico ilícito de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, são abordadas as intercorrências causadas na economia, na cultura e na política, além de promover especialmente um reforço da cooperação internacional prevenindo a prática das infrações nos meios de transporte, ao mesmo tempo visou eliminar lacunas entre as convenções anteriores preconizando um conjunto de medidas não somente arguida em desfazer a cultura de extração, produção e comercialização, mas também em diminuir a procura dos usuários no consumo abusivo de drogas³⁷.

Na década de 90, é ampliada a produção de drogas sintéticas, iniciando um período de novas substâncias psicotrópicas em que os laboratórios clandestinos as fabricavam em ritmo acelerado. Juntamente com a maior disponibilidade, o consumo das substâncias atingiu abrangência populacional, relacionando-se com o aumento da criminalidade, do narcotráfico, da marginalização e de outros problemas sócio-

sanitários. Nesse momento, novas substâncias constituem um grupo de drogas laboratorialmente produzidas e manipuláveis, algumas apresentando baixo custo como é caso do crack, que atualmente alcança todas as idades, gêneros e classes sociais³⁸.

O uso de drogas acompanha o ser humano ao longo dos tempos assumindo distintas finalidades como fontes de exultação, de intuição, de misticismo e de cura, contudo o uso abusivo de drogas é considerado um grave problema social e de saúde pública, pois a solução imposta pelas autoridades é estruturada em decisões proibicionistas para algumas drogas e de legalização de consumo para outras. Porém, conforme Escotado²⁹, proibir camufla as ideias e os efeitos dicotômicos sobre as diferentes substâncias, não conseguindo reduzir o consumo, mas sim instigando a sensação genérica das drogas vinculadas a um comércio como bens econômicos.

3.2 Políticas de saúde na atenção ao álcool e outras drogas no mundo

A política de saúde é um conjunto de procedimentos, medidas e termos que traduzem em grande parte a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse privado e público³⁹. As políticas públicas de saúde voltadas para atenção do álcool e outras drogas são vistas como importantes ferramentas para a redução de iniquidades, no seu escopo, o Estado abarca a responsabilidade na sua elaboração e sustentação a partir de um processo de tomada de decisões que envolvem órgãos públicos, diferentes organismos e atores da sociedade⁴⁰.

Foi após a Segunda Guerra Mundial, em 1945, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), que as políticas públicas de saúde voltadas para as drogas ganharam maior visibilidade devido ao surgimento da psiquiatria comunitária, que identificou a elevada quantidade de indivíduos que voltavam da guerra com dependência por drogas, principalmente álcool. Tendo isso em vista, representantes de saúde dos EUA perceberam a magnitude com que a doença mental pode impactar na vida dos soldados e nesse contexto ocorreu à mudança da psicoterapia tradicional para psicoterapia breve buscando o retorno dos combatentes à guerra⁴¹.

Nos anos seguintes, os hospitais americanos começaram a permitir o atendimento a pacientes psiquiátricos, entretanto, o número crescia a cada ano chegando a meio milhão em 1950⁴². As condições de tratamento desumanas e a estrutura física precária na assistência aos pacientes foram motivos de muitas denúncias pela opinião pública. Em 1955, devido à pressão da população, o Congresso Americano instituiu a Comissão de Enfermidade e Saúde Mental, que atuou na análise, no desenvolvimento e nas discussões de políticas públicas de saúde a fim de modificar a assistência psiquiátrica. Logo depois, essa comissão apresentou um relatório *Action for Mental Health* que recomendou a redução de leitos psiquiátricos e a incorporação da assistência em base comunitária⁴³.

Diante desse quadro, teve-se uma abertura a medidas de reformulações dos asilos psiquiátricos, sendo uma dessas medidas a “terapêutica ativa” em que o trabalho do enfermo mental mostrou-se promissor e o ambiente do espaço asilar foi transformado, assim preconizado por Hermann Simon, que contribuiu também com o surgimento da psicoterapia institucional na França (coletivo dos pacientes e profissionais técnicos multidisciplinares em objeção ao modelo tradicional da hierarquia e da verticalidade) e as comunidades terapêuticas inglesas e americanas⁴⁴. Maxwell Jones foi o principal articulador da comunidade terapêutica, administrando os pacientes do Hospital de Belmont na Inglaterra em grupos de atividades com o objetivo de relacionar o indivíduo com sua própria terapia⁴⁵.

A Lei Kennedy aprovada nos EUA em 1960 modificou a lógica hospitalocêntrica estruturando centros comunitários. No Canadá, nesse mesmo ano, aconteceu a Revolução Tranquila, em Quebec, que desenvolveu projetos iniciais com a abordagem na saúde mental comunitária fomentando pesquisas a fim de aprimorar esse novo modelo terapêutico⁴⁶. Segundo Koda⁴⁷ os movimentos de reforma psiquiátrica desenvolvidos na Inglaterra e França propiciaram conquistas importantes no aspecto contestador da forma como estava sendo conduzida e condicionada a assistência aos dependentes de drogas com transtornos mentais. Entretanto, o campo da saúde mental comunitária ainda era inconsistente pelos profissionais de saúde, população e o Estado com a resistência principalmente da psiquiatria hospitalar em relação aos limites apresentados pela própria comunidade.

Na década de 70, na Holanda, devido ao crescimento dos problemas decorrentes do uso de drogas, mesmo praticando ações de repressão ao tráfico e de combate às drogas ilícitas, surgiu um novo paradigma na política pública de saúde sobre drogas sendo sancionada a Lei Holandesa do Ópio, que diferenciava as substâncias de "alto risco" à saúde (cocaína, heroína, LSD e anfetaminas) e as drogas de "baixo risco" (haxixe e maconha). Essa mudança na legislação trouxe mais proteção os usuários de drogas de "baixo risco", pois antes frequentavam os locais de tráfico e mantinham relações com usuários de drogas de "alto risco", possibilitando a experimentação de drogas mais pesadas. Assim, a venda de determinadas drogas foi legalizada em *coffeeshops* com especificações de idade, de quantidade por dia, de local de consumo e de publicidade, assumindo um maior controle de uso pelo Estado em detrimento do tráfico de drogas⁴⁸.

Nesse processo de criação de novas práticas de atenção psicossocial ficou conhecido mundialmente o marco legal aprovado na Itália, a Lei nº 180 em 13 de maio de 1978, que instituiu o fim dos manicômios por todo o território italiano de forma gradual, determinando o dever de criar e reformular espaços territoriais que respondessem às necessidades sociais, diminuindo o preconceito e estigma social com os dependentes de drogas e outros doentes mentais⁴⁹.

Na década de 80, o Estado brasileiro, com o suporte dos movimentos sociais em defesa dos direitos humanos, instituiu políticas públicas de saúde alcançando os dependentes de drogas. A partir de 1990, aconteceram rupturas importantes em relação às políticas de saúde mental determinadas pela reestruturação da assistência psiquiátrica com empenho na criação de instrumentos e dispositivos de base comunitária que auxiliassem no tratamento de forma eficiente, humanizada e regular, a fim de buscar a reinserção social de pacientes com transtornos mentais e dependentes de drogas⁵⁰.

Atualmente, o uso de drogas tem requerido, progressivamente, a intervenção do Governo brasileiro, articulando políticas repressivas no tratamento à adição a drogas. Batista *et al*⁵¹ refutam uma incoerência nas propostas puramente repressivas, pois é preciso políticas de saúde, educação, segurança pública e assistência social integradas e fundamentadas por informações científicas que

observem as particularidades do território na comunidade, que almejem o controle do uso, a liberdade e o respeito com usuários, o desenvolvimento de serviços interligados com a atenção básica e o monitoramento e avaliação dos recursos financeiros aplicados nas ações implementadas pelas políticas.

3.3 Reestruturação do cuidado em relação ao uso de drogas no Brasil

A Reforma Psiquiátrica sancionada pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, foi o marco para enfrentamento do uso de drogas no Brasil e teve por primazia estruturar o cuidado a partir da atenção básica a fim de desfazer a lógica excludente dos manicômios, permitindo estratégias para a reinserção social, assim como proteger e assegurar direitos aos pacientes psiquiátricos, inclusive dependentes químicos¹⁶. Além disso, essa lei ratificou o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja normatização foi sancionada em 1990, com a disposição da Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142 que garantiram, a todos os dependentes e aos usuários de drogas, a universalidade integral de acesso à assistência e a descentralização do atendimento com serviços estruturados, norteando a demanda de tratamento em serviços de base comunitária^{52,53}.

Ainda na década de 90, foi pactuada pelo Brasil, na Declaração de Caracas, a participação da Atenção Primária de Saúde (APS) como estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) para estruturar e orientar o programa de saúde mental e psiquiatria. Esses acontecimentos resultaram com o processo de desinstitucionalização da saúde mental com as primeiras normas federais regulamentando os serviços de atenção diários, fundados nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospitais Dia e também com as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos⁵⁴.

Esse processo ganha expressiva visibilidade com a redução dos leitos em instituições psiquiátricas e com o rompimento em institucionalizar os pacientes durante um longo período histórico de internação no Brasil. Nesse modelo atual, a sociedade e a família são partes atuantes no cuidado e responsáveis pelos dependentes de drogas, percebe-se que o regime aberto não é condição necessária de risco social e que a inclusão social é importante para a reabilitação psicossocial.

Muitas transformações previstas na Reforma Psiquiátrica foram implementadas por passar a fazer parte de uma política pública de saúde, contudo esse processo de desinstitucionalização precisou ser articulado nos três entes do governo: União, Estados e Municípios para pressupor e alcançar mudanças culturais, políticas e sociais na sociedade⁵⁵.

A nova normatização do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentasse os novos serviços de atenção diária, não instituía uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. A Portaria GM 224/92 proibiu a existência de espaços restritivos e exigiu que fosse resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados e feito o registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes⁵⁶.

O NAPS é um serviço substitutivo. Oferece tratamento aos portadores de grave sofrimento psíquico (psicóticos, neuróticos e dependentes químicos) sem que estes se vejam vítimas da violência manicomial. O NAPS é dispositivo novo e inovador. E talvez, por isso mesmo, há de se refletir sobre sua natureza, evitando que venha a se transformar num manicômio modernizado.^{57:19}

A área de saúde mental, no âmbito federal, deu um passo importante com a Portaria GM/816 de 30 de abril de 2002, que instituiu o Programa Nacional de Ação Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas. O programa deu-se em articulação com os diferentes entes (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) das redes assistenciais para atuar com uma variedade de perfis populacionais a incidência de transtornos decorrentes da dependência de álcool e outras drogas, levando em consideração as intervenções preventivas, rede extra-hospitalar e as demandas e fluxos assistenciais⁵⁸.

O CAPS assumiu um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados com o direcionamento local das políticas e programas de atenção aos usuários de drogas, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando muitas vezes medicamentos e além de acompanhar os usuários que moram em residências terapêuticas, assessorar como retaguarda o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), buscando o cuidado familiar e a singularidade do indivíduo (sua história, sua cultura e sua vida cotidiana)⁵⁹.

Cabe mencionar que a Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002, dispõe sobre os tipos dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS

III, CAPS AD e CAPSi, caracterizado pelo porte, complexidade e abrangência populacional⁶⁰. Já a Portaria/GM nº 251 de 31 de janeiro de 2002, contribuiu com normas e diretrizes para cuidado assistencialista em hospitais psiquiátricos, reclassificação hospitalar, além do mais, estabeleceu e estruturou a porta de entrada para as internações na rede de saúde mental no SUS e definiu ainda que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deverão ser avaliados por meio do PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria⁶¹.

Ademais, com o Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas – PNAD do país que depois de dois anos (2004) passou por um realinhamento e atualização. Essa reformulação estabeleceu os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas, a condução do planejamento e articulação da política passassem a ser chamados de Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Todo esse empenho resultou em amplas e importantes conquistas, refletindo transformações históricas na abordagem da questão no Brasil. O documento está dividido em cinco capítulos: 1-Prevenção; 2-Tratamento, Recuperação e Reinserção Social; 3- Redução de danos Sociais a Saúde; 4- Redução da Oferta; 5- Estudos, Pesquisas e Avaliações⁶².

A Portaria nº 52 de 20 de janeiro de 2004 institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS que tinha como proposta reforçar a modificação do modelo assistencial de forma a ser assegurada uma transição segura para a diminuição dos leitos hospitalares psiquiátricos e também ser executada e monitorada na reconstrução contínua de alternativas de atenção no modelo comunitário, descentralizado e terapêutico de atenção aos dependentes de drogas. Essa portaria fortaleceu ainda mais o serviço substitutivo do CAPS e abrangência da Rede de Atenção Psicossocial aos usuários de drogas⁶³.

Em 2006, a Lei nº 11.343 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) que prescreveu medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; definiu os crimes; estabeleceu normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Ademais, essa lei ganhou destaque internacional por diferenciar a pessoa do “traficante” da pessoa do “usuário/dependente”, contudo ainda apresenta características de um modelo proibicionista quando pretende alcançar uma

sociedade livre de drogas, apesar de se aproximar da perspectiva da redução de danos quando traz um tratamento não discriminatório e igualitário a dependentes e/ou usuários de drogas⁶⁴. É interessante compreender também que os CAPS I, CAPSII e CAPSIII atendem tanto dependentes de álcool e outras drogas quanto os usuários com transtorno mental.

Em 2010, o Decreto nº7.179 instituiu o Plano Integrado de Enfretamento ao Crack e outras drogas, foi construído com uma abordagem intersetorial voltado à prevenção do uso, ao tratamento, à reinserção social de usuários/dependentes e ao combate do tráfico de drogas com o objetivo principal de diminuir a criminalidade relacionada o uso de crack e outras drogas na população. O fortalecimento e abrangência desse plano ocorreram com o lançamento do programa “Crack é possível vencer” que foi estruturado em três eixos - prevenção, cuidado e autoridade - propiciando ações articuladas em todas esferas do país⁶⁵.

No ano seguinte, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que criou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) visando à expansão e articulação com diferentes serviços de atendimento a indivíduos com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack e outras drogas. A RAPS propõe a desconstrução da lógica excludente com os dependentes de drogas sendo estruturada na atenção humanizada, assegurando a liberdade em serviços portas-abertas e orientada para buscar a autonomia dos usuários, entendendo as necessidades terapêuticas de cada indivíduo¹².

Contudo, os dependentes de drogas ainda são largamente ignorados no âmbito dos esforços desenvolvidos para reforçar os cuidados de saúde primários. Esse processo de reestruturação do cuidado em relação aos usuários de drogas no Brasil constrói-se repleto de reflexões a respeito da constituição da rede de atenção básica e o seu papel no SUS, a partir das mudanças postas pela Reforma Psiquiátrica⁶⁶. Essas reflexões abordaram as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde da Família (PSF) e pelos ACS que propiciaram mecanismos substitutivos de prevenção e da integralidade de ações com os usuários de drogas permitindo um atendimento universal, com equidade, abordando tanto as necessidades físicas como as de saúde mental⁶⁷.

A partir da Reforma Sanitária, a proposta de atenção básica à saúde reforça entre outros o atendimento de base territorial, a articulação em rede dos serviços, a

integralidade das ações e a territorialidade como um componente essencial para a realização do processo de desinstitucionalização⁶⁸, dessa forma os serviços de cuidados de saúde primários para os dependentes de drogas surgem como a melhor alternativa de assegurar o acesso aos cuidados que necessitem, com respeito aos direitos humanos e a integração social.

Contudo, em função da aprovação da Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, ocorre uma reversão a essa tendência do modelo de atenção de base comunitária, que prevê incentivos financeiros para leitos psiquiátricos e comunidades terapêuticas, retomando a lógica do isolamento que enfraquece o serviço portas abertas: o CAPS. Além disso, a norma não estabelece nenhum programa para fechamento de leitos hospitalares, apenas veda a ampliação da capacidade já instalada. Tendo isso em vista, ainda é desafiador alcançar uma política de saúde mental inclusiva, já que essa resolução desconstrói o diálogo e o avanço de experiências exitosas.

3.4 Redução de Danos

A Redução de Danos (RD) é uma política de saúde que objetiva minimizar os danos nos aspectos sociais, biológicos e econômicos em relação ao consumo de drogas disciplinada no respeito às decisões do sujeito⁶⁹. O Reino Unido, na década de 20, foi o precursor da redução de danos com a receita para dependentes, reorganizando o Comitê Rolleston quando uma equipe de médicos aconselhava e propunha o uso de heroína e cocaína com dependentes para controlar e reduzir os sintomas de abstinência. Contudo, essa prática foi interrompida após o término da primeira guerra mundial⁷⁰.

Segundo Buning⁷¹, os europeus nos anos 70 foram os vanguardistas no desenvolvimento de políticas de RD com especialistas, autoridades específicas e grupos de usuários de drogas em Amsterdã e Roterdã, na Holanda, e em algumas cidades britânicas, como Liverpool. Em seguida, as cidades europeias como Frankfurt, na Alemanha, Barcelona, na Espanha e Zurique, na Suíça, iniciaram um pouco mais tarde. A RD, com seu escopo no pragmatismo, demonstrou ser a perspectiva mais lógica e alternativa a ser seguida, pois essas cidades estavam assoladas com dependentes químicos, comunidades reivindicando melhorias na

rede de atendimento precarizada e sensação de incipiência da segurança pública policial.

Na década de 80, com o aparecimento da Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) novas abordagens foram conduzidas devido à transmissão e a disseminação do vírus Human Immunodeficiency Vírus (HIV) entre Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), surgindo a necessidade de ações preventivas efetivas em que os resultados não dependessem da aderência destes pacientes aos tratamentos que visavam à abstinência. Nessas circunstâncias são criados os centros pioneiros de distribuição e troca de agulhas e seringas na Holanda e Inglaterra, construindo um paradigma para a questão das drogas entre 1986 e 1987⁷².

Insta salientar que na Holanda a transformação resultante na elaboração desses centros ocorreu devido à organização determinante de usuários de drogas injetáveis pertencentes a uma associação conhecida como *Junkiebond*. Tendo em vista a falta de acesso a seringas e agulhas novas para uso de heroína, os integrantes desta associação buscaram as autoridades de saúde de Amsterdã, mas não tiveram êxito porquê as instituições alegaram o perigo de contaminação por perfurocortantes deixados de forma indiscriminada nos locais da cidade. Então, esses usuários decidiram trocar as agulhas e seringas usadas por novas, tornando-se os protagonistas de um acesso ao material de injeção mais seguro, informando a outros usuários sobre a troca dos materiais. Esse movimento foi um marco, pois essa iniciativa diminuiu bruscamente os níveis de contaminação dos usuários de drogas injetáveis por HIV na Holanda e, logo depois, na Inglaterra⁷³.

A 1ª Conferência Internacional de Redução de Danos associados às Drogas (*1st International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*) foi realizada em Liverpool, em 1990. Muitas pessoas foram entender e aprender como funcionava o inovador modelo de RD em Mersey. Já na segunda conferência que aconteceu em Barcelona, elaborou-se um mecanismo para difundir as concepções que permeavam a proposta de RD, compartilhar as experiências e o entendimento ao redor do mundo e propiciar a evidência científica em fomento que sustentaria esta proposta⁷⁴. Dessa forma, foi fundada a Associação Internacional de Redução de Danos, *The International Harm Reduction Association (IHRA)*, em 1996, com a missão de firmar o crescimento da RD, possibilitar a realização das conferências internacionais para a

promoção do conhecimento e construir elementos psicobiológicos como o suporte aos trabalhadores de saúde mental⁷⁵.

No Brasil, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos deu os primeiros passos, em 1989, com a tentativa de levar acessórios injetáveis para serem utilizados com segurança pelos UDI⁷³. Esses indivíduos abrangiam cerca de 60% dos casos de AIDS notificados, todavia, as atividades foram paralisadas pelo Ministério Público por interpretação indevida ao estímulo do uso de drogas. No ano seguinte, os integrantes do Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos (IEPAS) foram em busca dos UDI nas ruas, assumindo o protagonismo na distribuição de seringas estéril e orientação na limpeza de acessórios de drogas injetáveis⁷⁶.

Em 1991, outra ação foi motivada, em São Paulo, pelo Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) que começou um trabalho conhecido com o promissor *outreach workers* em que os usuários atendidos pelo serviço de saúde mental fossem orientados a ensinar sobre a importância da desinfecção com hipoclorito de sódio e treinar os UDI a não trocarem seus equipamentos injetáveis com seus pares⁷⁴. E em 1993, o IEPAS, lançou o primeiro projeto oficial brasileiro com a participação de profissionais de saúde e os ex-UDI na colaboração em conjunto com outros usuários de drogas na formação dos *outreach workers* em projetos de educação em saúde e prevenção das drogas⁷⁷.

Em 1994, o Ministério da Saúde manteve o projeto com foco na prevenção do abuso de drogas e interface nas DST e AIDS como uma estratégia de RD baseado na contaminação por seringas descartáveis⁷⁸. Em 1996, o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) na Bahia construiu projetos estratégicos de prevenção entre usuários de crack com exibição de vídeos socioeducativos alternativos ao próprio contexto cultural das drogas que fomentassem percepção, observação e reorientação para entendimento e conhecimento dos comportamentos de riscos. Além disso, foi realizado um projeto concomitante para determinar o perfil dos usuários de crack relacionado às práticas sexuais e consumo de drogas naquela cidade⁷⁹.

Em 1998, foi fundada a Rede Latino - Americana de Redução de Danos (RELARD) em São Paulo, com a perspectiva de prevenir a transmissão do HIV entre

os UDI a partir de uma proposição fundada no respeito aos direitos humanos e na promoção da saúde⁷⁷. Também nesse ano, organizado pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas de São Paulo (CONEN-SP), o encontro SOS Crack em parceria com o PROAD contribuiu com estratégias de RD no Brasil e referenciaram os primeiros estudos com o uso de maconha como uma forma de minimizar os efeitos causados pela abstinência do crack⁸⁰.

Outro projeto que fortaleceu mais a abordagem da RD foi organizado pela Associação Santista de Pesquisa, Prevenção e Educação em DST/AIDS (ASPPE) em 2000 que consistiu na distribuição de preservativos e filtros para cachimbos. Depois desse passo importante, surgiram novos projetos de RD em Porto Alegre (RS), Juiz de Fora (MG) e Salvador (BA) com a distribuição de equipamentos nas ruas para os usuários de crack⁷⁹.

O mês de julho de 2005 foi um grande marco para RD no Brasil, o Ministério da Saúde publicou duas portarias: a primeira, a Portaria nº 1.028/GM, de 1 de julho de 2005, que regulamenta as ações que objetivam a redução de danos à saúde e sociais ocasionados pela utilização de drogas, substâncias ou produtos que causem dependência⁸¹. E segunda, a Portaria nº 1.059/GM, de 4 de julho de 2005, que designa aparato financeiro para incentivar ações de RD em Centros de Atenção Psicossocial para o álcool e outras drogas (CAPS AD)⁸².

A política de RD tem um papel fulcral com as parcerias intersetoriais em romper o maniqueísmo e em incentivar o protagonismo dos usuários. É importante salientar que ações de promoção da saúde não visam apenas à redução de prejuízos físicos e mentais, mas também sociais, como o desenvolvimento e inclusão artístico-cultural, esportivo, empregatício que devem acontecer de forma adaptada e coerente ao contexto do território⁸³. Portanto, a promoção da saúde é um dos produtos obtidos com a política de RD que resulta na aplicação dos valores e princípios da Carta de Ottawa.

3.5 Fatores de risco e fatores de proteção: uso de drogas

O estilo de vida do usuário de drogas é permeado por vários fatores de risco e por fatores de proteção que se estruturam e dialogam com diferentes componentes sociais: a família, os pares, a escola, a comunidade e a mídia⁸⁴.

Ao conceituar fator de risco temos uma resultante de decisões expositivas (arbitrária ou condicionada) a circunstâncias que almejam o alcance de determinado bem ou desejo, entretanto, no decorrer do trajeto, abrem-se as possibilidades de danos físicos, mentais, sociais e econômicos. O risco é intrínseco à vida pelas inúmeras escolhas que são colocadas rotineiramente, pelos caminhos decorrentes de tais escolhas e em razão disso busca-se a precisão na resultante que leva em consideração as seguintes prioridades de magnitude, gravidade, possibilidade de prevenção, interesse da comunidade e tendência de tempo⁸⁵.

Tratando-se de um assunto primário da epidemiologia, risco condiz à exposição individual ou coletiva a condições concretas ou potenciais que possam provocar implicações prejudiciais. Os fatores de risco são determinados a partir de entendimentos com diferentes atores de áreas em comum ou multidisciplinar que servem de alerta à população, utilizando mecanismos de cuidado e precaução. No campo da saúde, a dialética e a vivência acumulada buscam identificar os possíveis fatores de risco que causam danos e agravos ao indivíduo⁸⁶.

Alguns desses fatores tangem aspectos microssociais; outros, as características macrossociais, contudo, muitos fatores de risco acontecem de maneira combinada, por exemplo, com relação ao uso de drogas: um dependente de crack pode ter consequências psicológicas (ansiedade, depressão, esquizofrenia), aumentar a probabilidade de desenvolver uma doença pulmonar e ser penalizado com sanções legais, além da dificuldade no relacionamento com os pais e amigos, perda de interesse no trabalho ou ainda sentimento de culpa⁸⁷.

As políticas sociais e de saúde na perspectiva do uso de drogas apresentam-se incipientes com relação aos fatores de proteção por contextualizar movimentos pouco significativos, já que muitos dependentes de drogas só buscam estratégias de proteção depois que vivenciam as situações de risco. De acordo com Ayres *et al*⁸⁸, equilibrar as vulnerabilidades permite com que os usuários manifestem comportamentos de prevenção e de promoção da sua própria saúde física, mental e social que determina a consolidação de evidências tanto pela técnica quanto pela experiência, estabelecendo mudanças para uma vida saudável.

Cabe salientar que os fatores de proteção oferecem condições de crescimento e de desenvolvimento de alternativas mais seguras por visar à redução de danos no consumo de drogas⁸⁴. As drogas podem ser inseridas em qualquer

período na vida de um indivíduo, sendo a maior incidência na adolescência, por ser um momento repleto de modificações físicas e psicológicas com situações de intensa curiosidade. Desse modo, construir a educação em saúde na perspectiva de promover o cuidado e a atenção do uso de drogas é ainda um desafio com os adolescentes⁸⁹.

Percebe-se também, o despreparo dos educadores na abordagem em relação às drogas, a falta de capacitação dos professores reproduz um tratamento unilateral e pouco consubstanciado, muitas vezes construído com base em ações preconceituosas e excludentes com dependentes de drogas, ou, em outras ocasiões, a temática não é nem debatida, passando despercebida. Isso não só contribui com o aumento de fatores de risco na perspectiva do próprio usuário, mas também fragiliza os fatores de proteção, tencionando a consolidação de sua reinserção social⁸⁹.

O *coping*, no campo da psicologia, é quando uma pessoa aprende a lidar com as dificuldades ou situações adversas criando mecanismos estratégicos para se proteger ou minimizar os riscos. Essas estratégias são estruturadas por características individuais, coletivas (família e amigos) e ambientais que proporcionam forte capacidade de adaptação do indivíduo às condições desfavoráveis, sendo, em sua maioria, fortalecido pelos atores sociais que o rodeiam para buscar a resolutividade dos possíveis problemas. Em contrapartida, o subterfúgio, o pretexto e a fugacidade dos problemas perturbam o indivíduo predispondo-lhe a comportamentos de risco que prejudicam o bem estar-social⁹⁰.

De acordo com Brooks *et al*⁹¹, entende-se que um fator de proteção tende a potencializar outros fatores de proteção, um exemplo disso acontece nas relações familiares em que pais e filhos apresentam estreitamento de vínculos e laços com maior proximidade, amizade e confiança visto que isso orienta para a construção e o desenvolvimento de outros fatores como o cuidado com sexo e na atenção com o consumo de drogas. Nesse sentido, a prevenção não apresenta um direcionamento simples e fácil, pois são muitas as barreiras a serem desconstruídas.

O processo de formação da resiliência é obtido com o avanço e aprimoramento dos fatores de proteção na vida do próprio ser humano, visto que resulta em modificações positivas nas atividades antes centradas nos fatores de risco. Superar as adversidades permite aos usuários de drogas buscarem apoio na

resiliência enfatizando em elementos que promovem o bem-estar social. Insta salientar que os fatores de proteção e os fatores de risco devem ser compreendidos com desprendimento em relação as suas variáveis porque estas não são necessariamente complementares⁹².

Dada à complexidade da problemática do uso de drogas, envolvendo a interação de fatores biopsicossociais, o campo das ações preventivas é extremamente abrangente, envolvendo aspectos que vão desde a formação da personalidade do indivíduo até questões familiares, sociais, legais, políticas e econômicas.^{93:86 apud 94:8}

Constata-se que não se deve pensar no fator de risco como uma situação isolada e fragmentada, tendo em vista que existe um contexto de drogas multifacetado que ultrapassa o limite de um olhar unicausal. Nesse sentido, determinadas convicções podem ser exemplificadas como a supervalorização do dinheiro e a relação dificultosa de alcançar patamares impostos pelo capitalismo, a procura por eliminar de forma intempestiva as sensações de dor e sofrimento e a constante e incessante procura por situações prazerosas, todas essas e muitas outras contribuem para uma dimensão multicausal⁹⁵.

Dessa forma, a interlocução dos diferentes contextos (individual, familiar, escolar, grupo de pares, midiático e comunidade de convivência), oportunos tanto aos fatores de risco quanto aos fatores de proteção, apontam o uso das drogas como uma resultante multifatorial. Algumas estratégias de prevenção podem ser elaboradas com o conhecimento desses fatores como, por exemplo, programas e ações de saúde mental que atuam no fortalecimento e desenvolvimento das habilidades de interação dos usuários de drogas para reinserção familiar, no trabalho, na escola e na comunidade⁹⁶.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa em que o objeto de estudo proposto determina um percurso exploratório-descritivo que envolve um contexto social dinâmico e complexo relacionado ao uso de crack e ao cuidado da saúde física, mental e social.

Os percalços vivenciados diariamente por usuários de crack não apresentam soluções apenas em um modelo positivista, visto que a realidade social ultrapassa os planos cartesianos e anuncia de forma complementar com dimensionamentos e interfaces que são qualitativas. Compreender tais dimensões admite a utilização de métodos que alcance a subjetividade. Minayo⁹⁷ enfatiza que as pesquisas qualitativas representam aquelas:

Que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.^{97:57}

Dessa forma, para entender a diversidade de contextos no cotidiano, na multiplicidade cultural, no dinamismo e contradições que se inserem os usuários de crack, consideraram-se os relatos orais individuais obtidos em um dispositivo da RAPS: em um CAPS ADIII.

4.2 Cenário do Estudo

O CAPS ADIII utilizado como cenário deste estudo localiza-se na Unidade Federativa do Distrito Federal, no Setor Comercial Sul, na Região Administrativa (RA) da Asa Sul, situa-se em uma região central da capital do país sendo uma área tombada pela United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO)⁹⁸. Foi inaugurado em 3 de dezembro de 2014, esse CAPS apresenta modalidade AD III, que atua no atendimento a usuários de álcool e outras drogas, além de funcionar 24 horas por dia⁹⁸.

A estrutura do CAPS ADIII abarca um espaço em torno de 1300m² e é composto por uma sala de acolhimento, sete consultórios, refeitório, sala de convivência, enfermaria com 12 leitos, sala de reunião, duas salas para atividades em grupos, elevador e banheiros adequados para pessoas com necessidades especiais. Os usuários desse serviço são atendidos por uma equipe multidisciplinar de 86 profissionais de saúde (assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, psicólogos e técnicos de enfermagem)⁹⁹.

A RA da Asa Sul apresentava uma população estimada, de acordo com a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD), de 84.725 residentes em 2016. Contudo, a área de abrangência do CAPS ADIII alcança as regiões Brasília (Asa Sul

e Asa Norte), Cruzeiro, Octogonal, Sudoeste, Lago Sul, Lago Norte, Varjão, Vila Planalto, São Sebastião e Setor de Armazenagem e Abastecimento Norte (SAAN) que ultrapassa uma população de 450.000 residentes conforme os dados da PDAD¹⁰⁰.

4.3 Desenho do Estudo

Para definição do escopo do projeto, contou-se com a equipe do Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal (Obsam) do Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília (Nesp/Ceam/UnB) que contribuiu na escolha do CAPS, na elaboração do roteiro de entrevista semiestruturada, nos ajustes metodológicos quanto ao objeto a ser estudado e nas perspectivas abordadas no contexto do usuário de crack¹⁰¹.

A estratégia de entrada no cenário da pesquisa foi realizada da seguinte forma: contato por telefone para agendar uma reunião com os gestores do CAPS ADIII; reunião com os gestores para apresentação da proposta com os pareceres aprovados pelos comitês de ética de pesquisa; posteriormente, a explicação dos objetivos; e, por fim, consentimento e autorização para a realização da pesquisa.

Depois de receber autorização, o projeto foi apresentado aos profissionais do CAPS ADIII durante a reunião de equipe que ocorre semanalmente, estratégia fundamental para apoio na seleção da amostragem com usuários de crack (potenciais participantes da pesquisa).

As entrevistas com uma abordagem explicativa, educativa e voluntária iniciaram em 26 de setembro de 2017 e em 6 de outubro de 2017 ocorreu à saturação de informações com total de 24 usuários entrevistados. Essas entrevistas aconteceram com o consentimento dos entrevistados que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e Termo de autorização de imagem e som (Apêndice C).

As entrevistas foram gravadas e transcritas de forma literal, por meio do editor de texto Microsoft Office Word Professional Plus 2010 em que foi sistematizado um relatório completo contemplando as falas em sua totalidade.

4.4 Tamanho da Amostra

Os participantes desta pesquisa foram usuários de crack maiores de 18 anos de idade, de ambos os sexos, podendo estar em associação a outras drogas e foram eletivos os usuários de crack que estão em tratamento no CAPS ADIII (isto é, se encontram em um “meio terapêutico”, tanto em tratamento em sessões individuais ou grupais, como aqueles que se encontram em convivência no serviço que tem finalidade terapêutica)^{102,103}.

Considerando esses critérios, participaram desta pesquisa 24 usuários de crack, o que permitiu a saturação de informações nas entrevistas.

4.5 Não Participação

Não participaram dessa pesquisa, os usuários de crack que apresentaram consciência visivelmente alterada pelo uso de drogas, constatada impossibilidade objetiva de compreender e articular respostas no momento da abordagem e quando forem eleitas drogas sem ser o crack como padrão de consumo. Definiu-se padrão de consumo os usuários que apresentaram consumo crack durante 1 ano de forma contínua antes da realização da entrevista.

4.6 Entrevista individualizada

As entrevistas foram realizadas em salas de atendimento individual do CAPS ADIII em que o entrevistado se sentisse mais a vontade e seguro em conversar e dialogar sobre as questões abordadas no roteiro pelo entrevistador.

O local separado de outros indivíduos foi cedido em anuência com os gerentes dos CAPS ADIII, nesse momento primou-se pela ausência de qualquer pessoa no local, sendo que todas as entrevistas foram feitas sem interrupção ou quaisquer intercorrência que comprometesse o andamento do estudo, assim como a tranquilidade do entrevistador e dos sujeitos entrevistados.

4.7 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada mediante as entrevistas individuais que ofereceram a liberdade para que os sujeitos expressassem de maneira livre e

espontânea seus pensamentos, vivências, experiências, costumes e crenças diante das questões norteadoras referidas no roteiro pelo entrevistador.

As escutas foram degravadas utilizando como instrumento o aplicativo gratuito Listen N Write versão 1.17.02, que permitiu reduzir a velocidade de reprodução de áudio.

A duração de cada entrevista variou de 15 min a 1h 20min. As entrevistas foram identificadas com um código alfanumérico, por ordem sequencial da entrevista e identidade de gênero [Exemplo: (E2M)]. A numeração depois da letra correspondeu à ordem cronológica sucessiva das entrevistas individuais realizadas com os sujeitos, de forma a resguardar o anonimato dos participantes.

4.8 Análise dos achados de campo

O estudo utilizou uma abordagem qualitativa em que os dados obtidos foram sistematizados de acordo com a orientação de Minayo⁹⁷ para análise de discurso, buscando criar categorias por meio das unidades de contextos, palavras-chaves, interpretação e agrupamentos. Os achados de campo foram organizados por tabulação de dados no editor de planilhas Microsoft Office Excel Professional Plus 2010 de tal forma que o conjunto de cada questão e suas respectivas respostas originasse relatórios específicos interpretados e sistematizados.

As categorias de análise foram definidas a priori, a partir do objeto deste estudo, sobre os fatores de risco e fatores de proteção em usuários de crack, seguindo a estrutura do instrumento de entrevista utilizado (Apêndice A).

4.9 Questões Éticas

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS-UnB, sob parecer de número 2.200.022 em 3 de Agosto de 2017 (Anexo 1), e, também, pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde FEPECS/SES/DF, sob parecer de número 2.270.086 em 12 de setembro de 2017 (Anexo 2) que buscou a conformidade com a Resolução 466/2012.

O estudo foi parte do projeto de pesquisa que tem como título: “Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial

mediada pela avaliação participativa.” que contou com o apoio financeiro do Fundo Nacional de Saúde Ministério da Saúde.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como parte do processo de aprovação no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, este artigo foi submetido à Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, em 17 de maio de 2018, que apresenta qualis B1 na área de saúde coletiva (Apêndice D).

Título curto:

Fatores de risco e proteção decorrentes do crack.

Risk and protection factors arising of crack.

Título do Artigo:

Fatores de risco e proteção decorrentes do uso de crack em usuários de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas do Distrito Federal.

Risk and protection factors arising from the use of crack in users of a Psychosocial Care Center for alcohol and drugs in Distrito Federal.

Factores de riesgo y protección derivados del uso de crack en usuarios de un Centro de Atención Psicossocial de alcohol y drogas del Distrito Federal.

Autores:

Aurélio Matos Andrade¹

Maria da Glória Lima¹

¹Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

Autor correspondente:

Aurélio Matos Andrade. aur87@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Analisar os fatores de risco e proteção utilizados pelo usuário decorrentes do uso de crack.

Métodos: Pesquisa qualitativa descritiva exploratória, com aplicação de entrevista semiestruturada com 24 usuários de crack, de ambos os gêneros e idade superior a 18 anos no CAPS ADIII do Distrito Federal.

Resultados: Os dados foram organizados nos fatores de risco e proteção decorrentes do uso de crack abordando as seguintes temáticas: alterações físicas e psicológicas, uso individual e coletivo de crack, locais abertos e fechados, violência, rede social: família e amigos, uso de preservativo, cuidados nos momento da compra e tratamento no CAPS.

Conclusão: O conhecimento dos fatores de risco e de proteção no contexto da cultura do crack se torna imprescindível para promover melhores condições sociais e de saúde na busca do tratamento mais efetivo.

Palavras-chave: Cocaína Crack, Fatores de proteção, Fatores de Risco, Saúde Pública.

Resumen

Objetivo: Analizar los factores de riesgo y protección utilizados por el usuario derivados del uso de crack.

Métodos: Investigación cualitativa descriptiva exploratoria, con aplicación de entrevista semiestructurada con 24 usuarios de crack, de ambos géneros y edad superior a 18 años en el CAPS ADIII del Distrito Federal.

Resultados: Los datos fueron organizados en los factores de riesgo y protección relacionados con el uso del crack, abordando los siguientes temas: alteraciones físicas y psicológicas, uso individual y colectivo del crack, lugares abiertos y cerrados, violencia, red social: familia y amigos, uso del preservativo, cuidado en el momento de la compra y tratamiento en el CAPS.

Conclusión: El conocimiento de los factores de riesgo y de protección en el contexto de la cultura del crack se vuelve imprescindible para promover mejores condiciones sociales y de salud en la búsqueda del tratamiento más efectivo.

Palabras clave: Cocaína Crack, Factores de protección, Factores de riesgo, Salud pública.

Abstract

Objective: To analyze the risk factors and protection used by the user due to the use of crack.

Methods: Qualitative descriptive exploratory research, with application of semi-structured interview with 24 crack users, of both genders and age over 18 years in the Federal District CAPS ADIII from Distrito Federal.

Results: The data were organized in the risk and protection factors related to crack use, addressing the following themes: physical and psychological alterations, individual and collective use of crack, open and closed places, violence, social network: family and friends, condom use, care at the time of purchase and treatment at CAPS.

Conclusion: The knowledge of risk and protection factors in the context of crack culture becomes essential to promote better social and health conditions in search of the most effective treatment.

Keywords: Cocaine Crack, Protective Factors, Risk Factors, Public Health.

1.Introdução

O uso de crack é transversal a questão social e a saúde pública por apresentar inúmeros riscos nos aspectos biopsicossociais, aprimorar o estudo sobre fatores de risco e proteção com substâncias psicotrópicas possibilita subsidiar a tomada de decisões tanto no planejamento terapêutico quanto no aperfeiçoamento das ações a serem implementadas nas políticas públicas no âmbito da saúde mental.¹

A reforma psiquiátrica no Brasil promulgada com Lei 10.216/2001 se traduziu em uma conquista social para promover a saúde de forma integralizada e intersetorial a fim de superar o modelo hospitalocêntrico que exercia o isolamento, a exclusão social, a medicalização. Esse marco legal pautou modelo de desinstitucionalização da saúde mental para permitir um avanço a diferentes níveis de complexidade de tratamento e principalmente na promoção dos direitos humanos dos usuários de drogas.²

Nesse cenário de vicissitude, a Portaria nº 3.088 de 2011 possibilitou uma abordagem importante para os dependentes químicos fortalecendo os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com reflexões atitudinais e comportamentais envolvendo a família, comunidade e profissionais de saúde a respeito dos usuários de substâncias lícitas e ilícitas. Além disso, essa política de saúde mental expressamente propôs avançar no atendimento ético, com escuta qualificada, serviço portas-abertas e de caráter comunitário consolidado pelos serviços substitutivos conhecidos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).³

A rede de saúde mental do Distrito Federal apresenta 18 CAPS com diferentes modalidades que atendem tanto o público infantojuvenil quanto o adulto com especificidades em transtornos mentais e/ou dependentes de álcool e outras drogas. Uma delas é articulada pelo Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas 24 horas (CAPS ADIII) Candango, criado em 2014, após a desativação do CAPS AD Rodoviária, prestando atendimento aos usuários em situação de sofrimento mental.^{4,5}

A primeira apreensão de crack, no Distrito Federal, ocorreu em 2006, tornando-se um desafio para a saúde pública local reproduzir a complexidade das boas práticas terapêuticas exercidas no cenário brasileiro e no mundo.⁶ Tendo em vista que dependência por crack é crônica e grave, as abordagens feitas para entender os fatores de risco e proteção que envolve o tratamento devem buscar apoio em uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar para alcançar as particularidades e as potencialidades em cada indivíduo.⁷

Atualmente, existem poucas pesquisas que abordem o conhecimento acerca do crack no Distrito Federal, a necessidade de explorar e descrever os fatores de risco que perpassam o cotidiano dos usuários crack permitem fortalecer e criar os fatores de proteção singulares a cada indivíduo. Dessa forma, este estudo pretende analisar os fatores de riscos e de proteção, sob a perspectiva dos usuários, decorrentes do uso de crack de um CAPS ADIII, da rede pública de atenção de saúde mental do Distrito Federal.

2. Método

Foi realizado um estudo qualitativo descritivo exploratório com abordagem no fenômeno social acerca dos fatores de risco e nos fatores proteção referidos por usuários decorrentes de uso de crack.^{8,9}

A coleta de dados ocorreu entre o período de 26/9/2017 a 6/10/2017 por meio de entrevistas semiestruturadas até atingir a saturação dos dados, que foram gravadas em mídia digital e depois transcritas. A amostragem foi de 24 usuários de crack, de ambos os gêneros, e de idade superior a 18 anos que buscavam tratamento em um CAPS ADIII do Distrito Federal.

A seleção da amostra foi intencional, apoiada por informantes-chave e profissionais da área de saúde que facilitaram a aproximação com usuários de crack.¹⁰ Como critério de inclusão considerou-se a idade superior a 18 anos, a associação de crack a outras drogas e definiu-se usuário de crack como aquele que está em tratamento no CAPS ADIII (em “meio terapêutico”, isto é, tanto em tratamento em sessões individuais ou grupais como aqueles que estão em convivência no serviço que tem finalidade terapêutica).^{11,12}

Como critério de exclusão os usuários que apresentaram consciência visivelmente alterada pelo uso de drogas, constatada a impossibilidade objetiva de compreender e articular respostas no momento da abordagem e quando informaram uso drogas sem ser o crack como padrão de consumo, ou seja, que estiveram em consumo contínuo durante 1 ano de forma não associada ao uso de crack.

A análise de dados teve como referência o método de análise de discurso de Minayo. A tabulação dos dados foi feita pelo editor de planilhas Microsoft Excel, de tal forma que o conjunto de cada questão e suas respectivas respostas desenvolva relatórios específicos, individualmente avaliados e interpretados. Cada entrevista foi identificada com um código alfanumérico, por ordem sequencial da entrevista e sexo. A anuência dos participantes aconteceu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de autorização de imagem e som.

Para caracterização do perfil foram coletados os dados sociodemográficos (gênero, idade, estado civil e escolaridade) e socioeconômicos (poder aquisitivo da população estudada). Os fatores de riscos foram identificados a partir de parâmetros físicos (sistema respiratório, inapetência, insônia e oscilação gastrointestinal), psíquicos (agressividade, alucinação e paranoia), sociais relacionados à violência e na organização do consumo da droga, além das estratégias de proteção percebidas a partir da perspectiva do usuário.

Este estudo foi componente do projeto de pesquisa que tem como título: “Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa” desenvolvida pelo Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal (Obsam) financiada pelo Ministério da Saúde. Os procedimentos deste estudo buscaram a conformidade com a Resolução 466/2012, sendo aprovado previamente pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília (UnB) no parecer 2.200.022 e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) no parecer 2.270.086.

3. Resultados

Perfil dos usuários

Foram entrevistados 24 usuários de crack. A amostra foi predominantemente composta por homens (n=21) com o estado civil solteiro (n=20). A idade variou de 25 a 63 anos (com idade média de aproximadamente 39 anos). A maior parte dos indivíduos estava desempregada ou exercia algum tipo de emprego informal (n=19). Em relação aos aspectos socioeconômicos o seguimento sem rendimento foi o que obteve o maior número de indivíduos (n=8), contudo analisando todos os seguimentos quase metade dos entrevistados obteve rendimento individual igual ou superior a um salário mínimo. O nível escolaridade dos indivíduos foi maior no ensino médio completo (n=9), seguido do ensino fundamental incompleto (n=8) (ver tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de usuários de crack de um CAPS ADIII em relação às variáveis sociodemográficas e socioeconômicas, Distrito Federal, 2017.

| Variáveis | N |
|-----------------------------|----------|
| Sexo | |
| Masculino | 21 |
| Feminino | 3 |
| Identidade de gênero | |
| Homem | 20 |
| Mulher | 3 |
| Travesti | 1 |
| Faixa Etária | |
| 18 a 29 anos | 2 |
| 30 a 44 anos | 17 |
| 45 a 59 anos | 4 |
| 60 anos ou mais | 1 |
| Estado Civil | |
| Solteiro | 20 |
| Casado/ União Estável | 3 |
| Divorciado/Separado | 1 |
| Escolaridade | |
| Fundamental Incompleto | 8 |
| Fundamental Completo | 5 |
| Médio Incompleto | 2 |
| Médio Completo | 7 |
| Superior Incompleto | 1 |
| Superior Completo | 1 |

| Ocupação | |
|-----------------------------------|----|
| Desempregado | 10 |
| Emprego Formal | 4 |
| Emprego Informal | 9 |
| Aposentado | 1 |
| Renda Individual* | |
| Sem rendimento | 8 |
| Até ¼ do salário mínimo | 3 |
| Mais de ¼ até ½ do salário mínimo | 1 |
| Mais de ½ até 1 salário mínimo | 3 |
| Mais de 1 até 2 salários mínimos | 6 |
| Mais de 2 salários mínimos | 3 |

*Parâmetros de classificação baseados no IBGE/PNAD 2005/2015

Fonte: Elaboração dos autores.

Fatores de risco e proteção decorrentes do uso de crack

A categorização realizada com as entrevistas aplicadas aos usuários de crack foi classificada em fatores de risco e proteção decorrentes do uso de crack que determinou as seguintes subcategorias: Alterações físicas e psicológicas; Uso individual e coletivo de crack; Locais abertos e fechados; Violência, Rede social: família e amigos; Uso de preservativo; Cuidados na compra da droga; e Tratamento no CAPS.

Alterações Físicas e Psicológicas

A respiração foi um dos fatores mais abordados pelos usuários ocasionando a falta de ar, respiração ofegante e lesões pulmonares como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e asma.

[...] A respiração enquanto você está usando, você está bem, está como se diz... Você está com a respiração normal. Está legal! Mas quando você para, você vê que está bem cansado. A respiração está bem frágil, bem fraca, muito fraca. Sentia dor no peito e tosse. Tinha dificuldade até de subir uma escada, sentia um pigarro. Depois descobri que tinha enfisema pulmonar. [...] (E22M).

Outros aspectos foram às oscilações gastrointestinais com intensa ânsia de vômito; a inapetência e a insônia foram relatadas por todos os entrevistados sendo que a maioria deles conseguiu ficar sem dormir por mais de uma semana; e impotência sexual após o consumo foi constatada por alguns usuários de crack.

[...] Muita vontade de vomitar. Quando eu consumia muita pedra eu tinha vontade de vomitar. Não tinha sono. Era assim, enquanto tinha pedra eu não dormia [...] Sentia muito pouca fome, quase não dormia. Comia lixo, comi resto de comida, qualquer coisa me satisfazia naquele momento, comia fumando. Às vezes ganhava uma marmita, eu comia e acendia, eu estava fumando. Comia um pouquinho, fumava e guardava o resto pra depois no caso de eu sentir fome, mas eu quase não sentia fome fumando crack [...] (E11M).

As alterações psicológicas relatadas mais comumente pelos entrevistados evidenciaram a manifestação do comportamento agressivo como uma tendência de agir associado ao consumo de crack e se relacionando de maneira reativa e hostil com familiares, amigos e outros usuários de drogas predispondo situações de violência. A perda da consciência foi outra alteração abordada com características para o esquecimento de informações inclusive da fisionomia de pessoas do próprio convívio dos usuários. Outras alterações citadas foram às alucinações em que os usuários perdiam o contato com a realidade devido ao aparecimento de sensações auditivas e visuais inexistentes; a depressão e a ideação suicida também foram mencionados sendo alguns dos efeitos causados após o uso imediato e também após o uso prolongado de crack, esta última associada à dificuldade na reinserção social.

[...] Eu era muito ignorante, muito agressivo, agitado, brigava na rua [...] Eu ouvia pessoas falando coisas assim, tinha vontade de suicídio mesmo [...] Eu não dormia à noite, no escuro eu via assim coisas diabólicas, rostos de entidades que não era normal, que falava comigo, que era horrível, tive perda de consciência. Eu tive uma depressão que eu já tive até quase um suicídio, um pré-suicídio. Eu só não cheguei a me suicidar de vez, porque uma pessoa chegou na hora e tomou a substância que eu estava tomando (E4M).

Uso individual e coletivo do crack

O uso individual do crack foi à opção preferível por ser mais seguro devido à instabilidade psicológica no momento do consumo, a repartição não solidária da droga e as inimizades dos parceiros de consumo acarretando algum risco (brigas, agressões e morte) aos usuários. O uso em grupo foi colocado como fator de importância por poucos usuários para socorrer os pares em caso de overdose e também na redução da fobia causada pelo crack nas alterações visuais e auditivas tranquilizando o parceiro de consumo.

[...] Prefiro sozinho, porque em grupo sempre tem maldade, você não sabe nunca com quem você está usando. Você só quer saber de usar. Você não sabe se a pessoa é boa, se a pessoa é ruim, qual o passado dela. Você não sabe se ela tem inimigos. Um inimigo pode chegar e fazer mal e acaba sobrando pra você. Então sozinho, eu acho mais seguro. E também não seguro, porque você pode dá uma overdose e não ter ninguém pra te socorrer [...] (E14M).

O uso coletivo também foi mencionado pelo maior número de indivíduos como sendo o mais propenso a fatores de risco decorrentes do uso de crack devido às dificuldades de relacionamento interusuário na obtenção e na divisão das drogas, alterações psicoanalépticas propiciando confusões, discussões e situações de violência relacionadas ao consumo exacerbado e provenientes de alucinações ou paranoia.

[...] Em grupo já tentaram me matar eu usando, em roda de maluco. Armaram uma casinha pra mim, eu tive que sair correndo e o cara com uma faca pra me matar e eu tive que sair correndo mesmo pra não morrer. O cara usou... Quando ele estava alucinado, teve aquele distúrbio e me confundiu com alguém, não sei o que deu na cabeça dele, se ele achou que peguei mais pedra. Eu tive que invadir uma panificadora e entrar dentro, e ele com a faca. Eu falei para o homem, a gente estava tudo consumindo droga e esse cara surtou de uma hora pra outra, eu nem conheço ele direito, ele queria me matar [...] (E4M).

Locais Abertos e Fechados

Os locais abertos foram relatados pela maioria dos entrevistados por passar uma sensação de risco, visto que a exposição em área de abrangência pública permite uma melhor visualização da polícia, usuários e comunidade que podem atuar como possíveis delatores. Essa exposição tenciona as relações de uso pela ilegalidade e pelas questões de estigma e preconceito. Também foram apontados os locais abertos abandonados e inabitados onde ocorre o comércio de drogas por dinheiro ou por sexo, ampliando possíveis vulnerabilidades a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), a violência sexual e urbana.

[...] Se fosse fumar na rua ou num lugar aberto abandonado tinha muito medo, mas já troquei crack por sexo nesse lugar e já vi forçarem a fazer também... Tinha medo, eu ficava olhando para todos os lados, para ver quem estava chegando, vê se polícia estava chegando, medo de alguém denunciar e vergonha de algum conhecido me ver, tinha muito medo da polícia [...] (E10M).

Os locais fechados para o consumo de crack foram majoritariamente percebidos como uma estratégia de proteção de riscos relacionados à violência como agressões e lesões e até mesmo pela ilegalidade que permeia a droga. Contudo, alguns indivíduos afirmaram sentir em locais fechados, uma sensação de prisão e perseguição de que alguém possa encontrá-lo ocasionado pelo efeito da substância.

[...] Em hotel, em locais fechados eu me sinto mais seguro pra poder usar e me proteger da polícia e de outros inimigos, mas quando estou no quarto me dá uma lombra, é o efeito da droga, às vezes eu me sinto observado por alguém, no buraco da fechadura, em qualquer fresta que tiver eu penso que tem alguém me olhando ou alguém vai invadir, ou que estou preso [...] (E20M).

Violência

A violência foi apontada como um fator de risco em quatro perspectivas: a primeira foi à violência sexual com abuso e estupro contra as mulheres usuárias de crack em que geralmente o autor do ato violento é alguém próximo (parentes, amigos e usuários), conhecido pela vítima; a segunda a violência causada na divisão da droga, a competição dos usuários propicia uma dissimulação na partição da pedra de crack culminando em brigas, discussões, agressões até mesmo à morte; a terceira a violência por dívida no tráfico de drogas é mencionada como algo comum na relação traficante x usuário; e quarta a violência motivada no consumo maior de crack em que os usuários utilizam da violência como forma de coerção para conseguir dinheiro ou a própria droga.

[...] Aconteceu que tinha eu e outro cara querendo, usando e a gente comprou metade, certinho. Cada um deu metade do dinheiro pra comprar um pedaço exato. Quando ele foi buscar que ele chegou na hora de dividir, ele já tinha dividido e tirado um pedaço pra ele. Só que no meio do caminho, ele tinha escondido um pedaço e na hora que a gente estava consumindo, ele esperou eu dar uma saída pra poder usar esse pedaço e eu descobri. E quando eu descobri, chamei ele de pilantra e tudo. Ele também bateu de frente e disse que eu não era homem e começou a briga e tudo. Então, ele pegou e me deu uma facada na cabeça [...] quase que eu morro por causa de uma pedra (E11M).

Rede social: família e amigos

A família é vista pela maioria dos indivíduos com um papel importante na proteção e recuperação dos usuários de crack, pois dialoga e orienta no intuito de

prevenir as recaídas. A busca pelo cuidado é constante nos laços afetivos familiares, mas a desconfiança e a insegurança vivenciada pela família de usuários são fragilizadas pela criminalidade resultando, muitas vezes, na exclusão social. A compreensão do usuário em entender que a família está ao seu lado para ajudar no seu tratamento é morosa, ao mesmo tempo a família também demora a perceber o dimensionamento que a dependência química é uma doença.

[...] Agora com a minha família está ótimo porque está todo mundo me ajudando para não cair. Antigamente, eu não tinha família, pra mim família não era nada, pra mim família era droga, mesmo eles junto de mim. Agora eu tenho família, porque eu estou vendo que eles estão fazendo esforço, pra me ver liberto disso aí. E eu não via isso antes [...] (E3M).

Os amigos também são atores sociais que fortalecem a recuperação do usuário de crack e auxiliam em iniciativas relacionadas a trabalho, estudo, conhecimento cultural e principalmente na inserção social. Entretanto, os amigos envolvidos com drogas são percebidos como um fator de risco para a recaída do usuário de crack.

[...] Os amigos eu estou evitando... Agora os amigos, como fala que querem meu bem e ajudar a libertar disso. Eu vou separar. Para também construir novos amigos, uma nova caminhada. Quero estudo, quero viver, quero caminhar, quero aprender a estudar, quero arrumar um emprego fichado. Já que, com 40 anos eu nunca fichei na minha vida. Quero ter um serviço decente. Que alguém me aceite na sociedade como uma pessoa [...] (E3M).

Uso de preservativo

O uso do preservativo foi mencionado pelos entrevistados como um fator de proteção importante para a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), contudo alguns informaram já ter contraído ou está com alguma IST como Human Immunodeficiency Virus (HIV), sífilis e gonorreia. O preservativo também foi considerado um método eficaz para evitar a gravidez indesejada. A maioria dos indivíduos relatou usar preservativo nas relações sexuais e sua obtenção ser de fácil acesso, mas o uso acontece de forma descontínua, alguns usuários mencionaram o não uso de preservativo devido ao esquecimento de ter parceira (o) fixo (a), apesar de alguns terem relações sexuais com outras pessoas.

[...] Acho importante usar preservativo, na hora e dependendo da companhia! Do jeito que as coisas estão... Você não pode se expor de pegar uma mulher que você não conhece e transar com ela sem camisinha. Primeiro lugar, você está evitando uma doença. Segundo lugar, você está evitando colocar um filho no mundo que você não pode cuidar [...] (E6M).

Cuidados na compra da droga

A maior parte dos usuários revelou que as regras impostas pelo tráfico devem ser cumpridas de maneira rígida, pois podem resultar em severas sanções. As estratégias de proteção utilizadas pelo usuário foram à lei do silêncio (discrição, cauteloso quanto o local, origem e forma de obtenção do crack), observar (ficar à paisana) se tem policiais no momento em que for realizar a compra, não fazer ou quitar dívidas, não tentar barganhar com o traficante, conhecer o horário mais apropriado de venda, ser célere no ato da compra. Além disso, foi identificado que comprar a droga na mesma boca é um fator de proteção, mudar de boca de fumo romperia com fidelidade da boca inicial causando uma disputa do tráfico com mortes de traficantes rivais e até mesmo a morte do usuário que resolveu comprar em uma bocada vizinha. Uma alternativa mencionada é usuário comprar a droga em uma boca bem distante das bocas locais ou ainda adquirir a droga na modalidade *delivery*.

[...] na quadra que eu morava era assim, se eu comprasse aqui na sua mão, podia ter 2, 3, 4, 5 bocas, a gente chama boca de fumo, a gente só podia comprar na mão daquele patrão do começo. Aquele outro se tomasse eu dele, ele ia lá e matava ele, então eu só podia comprar na mão dele pra proteger a vida dele e a minha, porque ele ia ser acho que traído... Pô você é meu cliente, quer dizer que a droga dele é melhor que a minha [...] (E4M).

Tratamento no CAPS

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi tido como um fator de proteção na maioria dos relatos, já que a busca por ajuda na perspectiva de mudança e recuperação da saúde é algo fortalecido por esse centro de referência, além do bem estar social com melhoria nas relações familiares e empregatícias. Alguns fatores motivadores ao tratamento foram abordados pelos usuários de crack como não viver em situações de violência relacionadas ao uso da droga, amigos e familiares que frequentam ou frequentaram o CAPS para serem facilitadores no tratamento do usuário.

[...] Tentei parar... Foi quando eu perdi um pedaço de dedo. Quando eu resolvi parar, procurar ajuda mesmo, porque eu tomei tiro, eu tomei facada, eu passei por várias situações de morte e nunca dei valor. Foi quando eu procurei uma clínica de idoso, que eu conheci uma enfermeira lá. Ela pegou e me levou num local que era o CAPS. Lá ela conversou com uma moça e a moça me chamou pra conversar... Quando eu sentei na roda, a primeira coisa que o cara falou foi como ele conseguiu se livrar do uso de álcool e como ele prejudicava a mulher dele. Eu lembro que quando eu estava com a mãe da minha menina eu batia muito nela por causa da droga. Então, ele começou a falar aquilo e veio na minha cabeça. Então, eu peguei e pedi pra moça perguntar se ela não deixava eu me tratar lá. Ela pegou e disse que eu podia. Foi quando eu conheci o CAPS. E logo eu comecei a melhorar. Eu quis trabalhar. (E11M).

4. Discussão

No contexto da redução de danos é fundamental discutir as estratégias de proteção identificadas em situações reais e factíveis, conhecendo os riscos vivenciados pelos usuários de crack. Ademais, são elevados os índices de mortalidade e morbidade entre esses indivíduos, o que problematiza mais o entendimento das questões físicas, mentais, sociais e culturais.¹³

O perfil do usuário de crack encontrado nesta pesquisa corroborou com os achados de Rodrigues *et al.*¹⁴ e Guimaraes *et al.*¹⁵. Percebe-se que essas características chamam a atenção para o fato de que o crack pode ter uma inserção predominante em populações com maior vulnerabilidade social. Uma justificativa provável é a discrepância nos custos, visto que o crack é mais barato do que cocaína, pois embora ambos apresentem o mesmo princípio ativo da planta *Erythroxylum coca*, o crack é geralmente misturado a inúmeras substâncias potencializando o efeito da droga.^{16,17}

Em relação ao comprometimento fisiológico percebido no organismo, Pedrosa *et al* apontaram o acometimento dos pulmões causando consequências graves com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) que altera o estilo de vida do usuário.¹⁸ As condições precárias de higiene, assim como os efeitos químicos do crack possibilitam oscilações gastrointestinais com diarreias, vômitos e flatulências, também verificados por Oliveira & Nappo¹⁹ a ocorrência de uma série de lesões na parede do intestino causando até úlcera intestinal. Além disso, percebeu-se a inapetência como um fator ocasional da baixa imunidade propiciando a

susceptibilidade a patologias oportunistas por não terem uma alimentação minimamente adequada.²⁰

Os efeitos psíquicos causados nas habilidades cognitivas e sensoriais nos indivíduos também foram descritas por Nappo *et al*²¹ caracterizados pelos delírios, alucinações, impressão de perseguição associados com depressão e arrependimento após consumo de crack, além das alterações neurológicas prejudicando a atenção, concentração e memória. Em algumas situações, dependendo da predisposição genética, os usuários de crack podem desenvolver transtornos mentais como esquizofrenia e transtorno bipolar.²²

Considerando a violência sistêmica envolvida no comércio do crack são intensamente motivadas por conflitos relativos ao mercado ilícito da droga e contribui com repressões policiais marcadas pelo preconceito e por violações de direitos. O tratamento desigual destinado aos moradores de rua e aos usuários de drogas é tido, muitas vezes, com um caráter higienista aumentando os estigmas sociais.²³ Nesse contexto, as mulheres usuárias de crack apresentam maior vulnerabilidade por sofrerem estupros frequentes nas interações de consumo da droga acontecendo no uso coletivo, em locais escondidos e mal estruturados, em que o homem é o principal agressor. Isso também reflete que historicamente a dominação masculina esteve presente em diferentes cenários inclusive no tráfico e na organização do uso em grupo.²⁴

Cabe mencionar que as disputas na divisão da droga e a violência associada à performance crescente de consumo são geralmente determinadas por causas multivariadas como a forte dependência química, pelos efeitos da abstinência, pelas dificuldades financeiras, além da pouca estabilidade psicológica consensual na partição da pedra.²⁵

Pelo motivo das estratégias de proteção terem sido desenvolvidas dentro da própria cultura do crack e, serem vivenciadas na perspectiva dos próprios usuários, percebe-se que sua compreensão acontece de forma prática e rápida. Boyd *et al*²⁶, elucidam que as ações de redução de danos são mais efetivas quando absorvidas pelas atividades terapêuticas que perpassa no cotidiano dos usuários e com a articulação dos diferentes atores sociais.

Destaca-se nesta pesquisa que os usuários podem ter seus familiares e amigos como um ponto de apoio, orientação e compreensão para dialogar suas alegrias, angústias, vontades e medos o que fortalece a sua recuperação. Contudo, Bastos *et al*²⁷ afirmaram que problemas familiares ou perdas afetivas é uma das principais causas para o primeiro contato com o consumo de crack referido por aproximadamente 30% dos indivíduos. E, cerca de 27% dos entrevistados relataram que o uso experimental entre amigos acontece pela curiosidade, insatisfação no trabalho ou na escola, dificuldade nas relações afetivas e por desconhecer a droga. Isso revela que os marcadores genéticos e aos aspectos ambientais desencadeiam tanto fatores de risco como fatores de proteção relacionados ao âmbito familiar.

Observa-se também, de forma midiática que o lugar de consumo de crack é concentrado geralmente nas ruas ou praças centrais de grandes cidades, contudo isso é desmistificado por perceber que a preferência por espaços fechados é identificada nesta pesquisa de forma majoritária determinando a presença de usuários de crack em outros cenários.²⁸ Conforme Zinberg²⁹, o local social é diversificado e influenciado por mecanismos de autocontrole, se afastar do local de consumo é uma estratégia de proteção para reduzir as recaídas do usuário de crack que contribuem também com o fortalecimento das atividades terapêuticas aplicadas pelos centros especializados.³⁰

Com referência à permuta de sexo por crack constrói-se de modo preocupante por ampliar o risco nas relações desprotegidas em contrair alguma IST. Jeal *et al*³¹ estimam que o número de usuários que demoram a procurar atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e não mantêm a continuidade da medicação na prevenção e controle de IST, eleva consideravelmente a transmissão dessas doenças entre usuários de crack. Ademais, a cocaína circulante na corrente sanguínea possibilita o aumento na fase de replicação viral do HIV.³²

Cabe salientar que o uso de preservativo apresenta-se como inconsistente, sendo um método protetivo com baixa efetividade no contexto social dos usuários de crack, ressalta-se que ainda há falta de conhecimento por parte dos usuários, orientação pouco diretiva por parte profissionais de saúde e a dificuldade no aprimoramento de políticas públicas em saúde na busca por estratégias de contracepção e na prevenção de IST.³³ Corroborando com Bastos *et al*²⁷, o não uso

de preservativo com usuários de crack apresentou proporções elevadas de aproximadamente 65% para sexo vaginal e 79% e 62%, respectivamente, para sexo oral e anal.

No que tange os aspectos de vulnerabilidades para o consumo de drogas também são determinados pela necessidade de inserção em grupos que muitas vezes para validar e tornar legítimo a inclusão do indivíduo acontece o comprometimento de sua liberdade e do domínio sobre seus recursos financeiros incentivando a novos modelos de conduta.³⁴ Por conseguinte, reproduzir atitudes e ações de um grupo é entendido como um sistema aceitação social imposto geralmente como pré-requisito para alcançar a sua integralidade.

Quanto ao uso coletivo de drogas é comum no estabelecimento de relações psicológicas e sociais para que os usuários troquem sentimentos, vivências e percebam as afinidades representadas na cultura do crack, um espaço para minimizar inquietações, impotências e decepções.³⁴ Entretanto, as estratégias de uso individual alcançam um padrão de autocontrole e atuam reduzindo a compulsividade por não serem estimulados ao consumo por outros usuários, já que os fatores de confusão mental, agressividade e alucinações dificultam o uso compartilhado.³⁵

Em relação ao tráfico, o usuário de crack identifica como fator de risco a ilegalidade da droga e pelo fato de ter medo do traficante, obedece às regras impositivas e cria estratégias de proteção supostamente fáceis de atitude e comportamento. Diante disso, a abordagem policial acontece de forma coercitiva buscando a delação de informações para chegar aos traficantes. Essa dicotomia é apresentada nos discursos e revelam estreita interface entre traficantes e policiais, contudo não demonstra resolutividade já que as legislações são incipientes na perspectiva da redução de danos e não acontecem de forma intersetorial.³⁶

Ressalta-se ainda que no CAPS ADIII, tanto o atendimento individual quanto o atendimento em grupos demonstra importância no fortalecimento da recuperação e seguimento do tratamento dos usuários de crack e outras drogas. Além disso, o atendimento de desintoxicação apresenta uma perspectiva positiva de reinserção social por permitir a redução da quantidade de internações hospitalares e ajudar na

contenção de recaídas por prestar serviço em período integral.³⁷ No entanto, esse centro de referência público apresenta dificuldades que podem interferir direta ou indiretamente no tratamento dos usuários como: falta de manutenção da infraestrutura, repasse verbas insuficiente, a falta qualificação da equipe de profissionais e o diminuto apoio logístico em relação aos materiais e transporte.³⁸

5. Conclusão

Os resultados desta pesquisa permitiram uma aproximação dos fatores de risco e proteção experimentada nas situações de uso, apontando características desenvolvidas pelos usuários na adaptação no contexto social do crack. Considera-se que os fatores de risco relativos às alterações físicas, psicológicas e no envolvimento com as violências causadas em decorrência do uso de crack são importantes no aprofundamento de futuros estudos epidemiológicos e sociais. Aspectos preventivos associados ao uso de preservativo precisam buscar estratégias mobilizadoras governamentais na reformulação de diretrizes multidisciplinares e intersetoriais.

Este estudo tem como limitações a baixa representatividade amostral e a seleção ter sido por conveniência, não sendo possível extrapolar os achados para a população de usuários de crack de outras regiões. Outra limitação foi que os achados não contemplaram outros serviços de saúde, restringindo aos entrevistados que buscavam tratamento no CAPS ADIII.

As necessidades de transformações das estratégias de proteção de saúde mental reconhecendo a redução de danos como mecanismo fundamental para promoção de saúde com o processo participativo de diferentes atores sociais e políticos é imprescindível visto que o enfrentamento do uso de drogas perpassa pelo estigma que desconsidera o indivíduo como um cidadão e coloca o CAPS como um espaço de discussão de mudanças e articulação com outros dispositivos da RAPS para melhor reabilitação social dos usuários de crack e outras drogas.

6. Referências

1. Medeiros KT, Maciel SC, Sousa PF, Tenório-Souza FM, Dias CCV. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. *Psicologia em Estudo*. [Internet] 2013; [citado 2018 Out 12]; 18 (2): 269-279.

2. Zgiet J. Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – a quem interessa mudar? *Saúde em Debate*. [Internet] 2013; [citado 2018 Out 12]; 37(97): 313-323.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria 3.088 GM de 23 de dezembro de 2011 [citado 2018 Out 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
4. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (DF) [citado 2018 Out 12]. Disponível em: <http://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2014/12/04/inaugurado-caps-24-horas-no-setor-comercial-sul/>
5. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (DF). Diretoria de Saúde Mental [citado 2018 Out 12]. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/images/Programas/2017/Listaservicos_abrangencia_contato_17042017.pdf.
6. Secretária de Segurança Pública do Distrito Federal (DF). Série histórica de apreensões históricas no DF [citado 2018 Out 12]. Disponível em: http://www.ssp.df.gov.br/images/Estatistica%20SSPDF/Especificas/S%C3%89RIE_HISTORICA_DROGAS_2000_A_2011.pdf
7. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças. 9 ed. São Paulo: OMS/OPS; 2010.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec; 1994.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. 3 ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
10. World Health Organization. Qualitative research for health programs. Geneva: Division of Mental Health; 1994.
11. Costa JPM, Barros MF, Bongioiolo AM, Perry IDS, Silva MA. Estudo Nutricional e Consumo Alimentar de usuários de crack de um município do litoral norte do estado do Rio Grande do Sul. *Revista Inova Saúde*, [Internet] 2016 Jul; [citado 2018 Out 12]; 5(1):100-116.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
13. Ribeiro LA, Sanchez ZM, Nappo SA. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, [Internet] 2009; [citado 2018 Out 12]; 59(3): 210-218.
14. Rodrigues LOV, Silva CRC, Oliveira NRC, Tucci AM. Perfil de Usuários de Crack no Município de Santos. *Temas em psicologia*, [Internet] 2017 Jun; [citado 2018 Out 12]; 25(2): 675-689.

15. Guimarães CF, Santos DVV, Freitas RC, Araujo RB. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Rev Psiquiatr RS*. [Internet] 2008; [citado 2018 Out 12]; 30(2): 101-108.
16. Ramiro FS, Padovani RC, Tucci AM. Consumo de crack a partir das perspectivas de gênero e vulnerabilidade: uma revisão sobre o fenômeno. *Saúde Debate*, [Internet] 2014; [citado 2018 Out 12]; 38(101): 379-392.
17. Crespo-Fernández JA, Rodríguez CA. Bases neuroanatómicas, neurobiológicas y del aprendizaje de la conducta de adicción a la cocaína. *Rev Latino-Am Psicol*. [Internet] 2007; [citado 2018 Out 12]; 39(1):83-107.
18. Pedrosa MS, Reis ML, Gontijo DT, Teles SA, Medeiros M. A trajetória da dependência do crack: percepções de pessoas em tratamento. *Rev Bras Enferm*. [Internet] 2016 set-out; [citado 2018 Out 12]; 69(5): 956-63.
19. Oliveira LG, Nappo SA. Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. *Revista Saúde Pública*. [Internet] 2008b; [citado 2018 Out 12]; 42 (4): 664-671.
20. Etchepare M, Dotto ER, Domingues KA, Colpo E. Profile of teenage crack users and metabolic consequences. *Revista da AMRIGS*, [Internet] 2011; [citado 2018 Out 12]; 55 (2): 140-146.
21. Nappo SA, Sanchez ZM, Ribeiro LA. Há uma epidemia de crack entre estudantes no Brasil? Comentários sobre aspectos da mídia e da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, [Internet] 2012 set; [citado 2018 Out 12]; 28(9): 1643-1649.
22. Scheffer M, Pasa GG, Almeida RMM. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psicol Teor Pesq*. [Internet] 2010; [citado 2018 Out 12]; 26(3):533-41.
23. Bard ND, Antunes B, Roos CM, Olschowsky A, Pinho LB. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2016; [citado 2018 Out 12]; 24:e2680.
24. Vivências e Representações sobre o Crack: Um Estudo com Mulheres Usuárias. *Psico-USF*, [Internet] 2015 set.-dez; [citado 2018 Out 12]; 20(3): 517-528.
25. Singulane BAR, Silva NB, Sartes LMA. History and Factors Associated with Crime and Violence among crack addicts. *Psico-USF*, [Internet] 2016 may-aug; [citado 2018 Out 12]; 21(2): 395-407.
26. Boyd S, Johnson JL, Moffat B. Opportunities to learn and barriers to change: crack cocaine use in the Downtown Eastside of Vancouver. *Harm Reduct J*. [Internet] 2008; [citado 2018 Out 12]; 5:34.
27. Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio

de Janeiro: Ict/Fiocruz; 2014 [citado 2018 Out 12]. Disponível em: <https://www.ict.fiocruz.br/sites/www.ict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>

28. Acioli Neto ML, & Santos MFS. Alterity and Identity Refusal. *Paidéia*, [Internet] 2014; [citado 2018 Out 12]; 24(59), 389-396.

29. Zinberg N. The Social Setting as a Control Mechanism in Intoxicant Use. In: Lettieri DJ, Mayers M, Pearson, HW, editors. *Theories on drug Abuse*, NIDA Research Monograph 30. Rockville: NIDA; [Internet] 1980: 236-244.

30. Rezende MM, Pelicia B. Representation of crack addicts relapse. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. [Internet] 2013 Mai-Aug; [citado 2018 Out 12]; 9(2):76-81.

31. Jeal N, Macleod J, Salisbury C. Identifying possible reasons why female street sex workers have poor drug treatment outcomes: a qualitative study. *BMJ Open*, [Internet] 2017; [citado 2018 Out 12]; 7:e013018.

32. Roth MD, Tashkin DP, Choi R, Jamieson BD, Zack JA, Baldwin GC. Cocaine enhances human immunodeficiency virus replication in a model of severe combined immunodeficient mice implanted with human peripheral leukocytes. *J Infect Dis*. [Internet] 2002; [citado 2018 Out 12]; 185(5): 701-5.

33. Pinto ACS, Queiroz MVO, Gubert FA, Braga VAB, Pinheiro PNC. Health Education on the Prevention of HIV/AIDS with Young male crack users. *Texto Contexto Enferm*, [Internet] 2016; [citado 2018 Out 12]; 25(3):e4070015.

34. Carvalho MRS, Silva JRS, Gomes NP, Andrade MS, Oliveira JF, Souza MRR. Motivações e repercussões do consumo de crack: o discurso coletivo de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Esc Anna Nery*, [Internet] 2017; [citado 2018 Out 12]; 21(3): e20160178.

35. Wandekoken KD, Siqueira MM. Aplicação do processo de enfermagem a usuário de crack fundamentado no modelo de Betty Neuman. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [Internet] 2014; [citado 2018 Out 12]; 67(1): 62-70.

36. Pinho LB, Wetzel C, Schneider JF, Olschowsky A, Camatta MW, Kohlrausch ER, Santos EO, Eslabão AD. Evaluation of intersectoral resources in the composition of care networks for crack users. *Esc Anna Nery*, [Internet] 2017; [citado 2018 Out 12]; 21(4): e20170149.

37. Crauss RMG, Abaid JLW. A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. *Contextos Clínic*, [Internet] 2012 jul; [citado 2018 Out 12]; 5(1): 62-72.

38. Kolling NM, Petry M, Vieira W. Outras abordagens no tratamento da dependência do crack. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, [Internet] 2011; [citado 2018 Out 12]; 7(1): 07-14.

6. Considerações Finais

Na política de saúde mental do Distrito Federal, o CAPS ADIII é considerado um dispositivo estratégico por está localizado no centro de Brasília possibilitando uma reorganização da atenção em substituição ao modelo hospitalocêntrico e também por promover a reinserção social dos dependentes de crack e outras drogas.

Os fatores de risco e os fatores de proteção, abordados nesta dissertação de mestrado, refletem o quanto a dependência química varia em relação ao contexto individual e coletivo vivenciados pelos usuários de crack e outras drogas, interferindo de forma direta nas suas escolhas e caminhos. Essa problemática é estruturada por construir potencialidades e fragilidades envolvendo diferentes atores como a família e os amigos dos usuários de drogas, a comunidade, os movimentos sociais, os profissionais de saúde e as autoridades governamentais que são mutáveis pelos aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais.

O estudo mostra ainda que os fatores de risco identificados são relevantes por apontar tanto na perspectiva epidemiológica quanto na perspectiva social a necessidade de prevenção às doenças e agravos respiratórios, gastrointestinais, relacionados às IST e também direciona uma atenção específica das formas de violência relacionadas ao uso de crack. No que tange os fatores de proteção, o uso de preservativo é um método que precisa ser fortalecido com usuários de crack para alcançar maior efetividade.

Do ponto de vista científico, esta pesquisa contribui com apontamentos que podem ajudar no direcionamento de políticas públicas existentes em saúde, segurança, educação e assistência social e, além disso, no avanço dessas políticas para que tornem intersetoriais e multidisciplinares na temática de crack e outras drogas desejando não só a prevenção da dependência química, mas também a promoção da qualidade de vida dos usuários com um tratamento digno, na perspectiva de produzir princípios humanitários, adquirir uma postura não discriminatória buscando a integralidade dos CAPS com outros dispositivos intra/extrasetoriais da RAPS.

7. Referências Bibliográficas

- 1 Andretta I, Oliveira, MS. A entrevista motivacional em adolescentes usuários de droga que cometeram ato infracional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2011; 24(2): 218-226.
- 2 OMS, Organização Mundial da Saúde. *Classificação Internacional de Doenças*. 9 ed. São Paulo: OMS/OPS, 2010.
- 3 Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. *Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas*. São Paulo: Cebrid; 2010.
- 4 Leite MC, Andrade AG. *Cocaína e Crack dos Fundamentos ao Tratamento*. Porto Alegre: Artemed; 1999.
- 5 Uchôa MA. *Crack o Caminho das Pedras*. São Paulo: Ática; 1996.
- 6 Ribeiro JM, Moreira, MR, Bastos FI, Inglez-Dias, A, Fernandes FMB. Access to treatment for those with alcohol, crack or other drug dependency problems – a case in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016 Jan; 21(1): 71-81.
- 7 Silva Junior FJG, Monteiro CFS. The meanings of death and dying: the perspective of crack users. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2012 Mar.-Apr.; 20 (2): 378-83.
- 8 Seibel SD. *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu; 2010.
- 9 Zeni TC, Araujo RB. O relaxamento respiratório no manejo do craving e dos sintomas de ansiedade em dependentes de crack. *Rev. Psiq. RS*, 2009 Jan.; 31(2): 116-119.
- 10 United Nations Office On Drugs and Crime. *World Drug Report*. New York: Nações Unidas; 2016.
- 11 Bastos FI, Bertoni N, Orgs. *Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: ICIT/ FIOCRUZ; 2014.
- 12 Brasil. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack,

álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [acesso em 3 jun 2017]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

13 Machado LV, Boarini ML. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2013; 33(3): 580-595.

14 Brasil. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Sala de Apoio à Gestão Estratégica Ministério da Saúde (SAGE) [acesso em 3 mai 2018]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>

15 Distrito Federal. Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal [homepage na internet]. Diretoria de Saúde Mental-DISAM [acesso em 3 jun 2017]. Disponível em:

http://www.saude.df.gov.br/images/Programas/2017/Listaservicos_abrangencia_contato_17042017.pdf .

16 Brasil. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Lei no 10.216, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [acesso em 3 jun 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

17 Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde Soc.*, 2017; 26(1): 155-170.

18 Forteski R, Faria JG. Estratégias de redução de danos: um exercício de equidade e cidadania na atenção a usuários de drogas. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat.*, 2013 abr./jun; 6(2): 78-91.

19 Cruz VD, Oliveira MM, Pinho LB, Coimbra VCC, Kantorski LP, Oliveira JF. Condições sociodemográficas e padrões de consumo do crack de mulheres. *Texto Contexto Enferm*, 2014 Out-Dez; 23(4): 1068-76.

20 Eisenstein E & Souza RP. Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes. Petrópolis: Vozes; 1993.

- 21 Kliewer W. & Murrelle L. Risk and Protective Factors for Adolescent Substance Use: Findings from a Study in Selected Central American Countries. *Journal of Adolescent Health*, 2007; 40 (1): 448–455.
- 22 Passos EH, Souza TP. Redução de danos e Saúde Pública: Construções alternativas à Política Global de “Guerra às Drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 2011; 23(1): 154-162.
- 23 Guimarães RA, Silva LN, França DDS, Del-Rios NHA, Carneiro MAS, Teles SA. Risk behaviors for sexually transmitted diseases among crack users. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2015 July-Aug; 23(4): 628-34.
- 24 Ribeiro JM, Moreira, MR, Bastos FI, Inglez-Dias, A, Fernandes FMB. Access to treatment for those with alcohol, crack or other drug dependency problems – a case in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016 Jan; 21(1): 71-81.
- 25 Guimarães CF, Santos DVV, Freitas RC, Araujo RB. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Rev. Psiquiatr do RS*, 2008 Set; 30(2): 101-108.
- 26 Escohotado A. *Historia general de las drogas*. Madrid, Editorial Espasa Calpe; 2004a.
- 27 Angel P, Richard D, Valleur M. *Toxicomanias*. Lisboa, Climepsi; 2002.
- 28 Poiães CA. Contribuição para uma análise histórica da droga. *Toxicodependencias*, 1999; 5 (1): 3-12.
- 29 Escohotado A. *Historia elemental das drogas*. Lisboa, Antígona; 2004b.
- 30 Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 2001.
- 31 Basaglia F. *Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
- 32 Aldridge S. *Moléculas mágicas- como atuam as drogas*. Lisboa, Replicação; 2001.

- 33 Valdivia ZVC. El rechazo simbólico, la tolerância pragmática y los sistemas institucionalizados de evasión: análisis del discurso oficial sobre el opio em Mexicali, 1900-1935. Tesis, (Instituto de Investigaciones Culturales/ Universidad Autónoma de Baja California); 2014.
- 34 Sheerer S. “Estabelecendo o controle sobre a cocaína (1910-1920)”. In: Bastos FI. Gonçalves OD. (eds.). *Drogas é legal?* Rio de Janeiro: Imago; 1993.
- 35 United Nations Office On Drugs and Crime. *Single Convention on Narcotic Drugs*. New York: Nações Unidas; 1961.
- 36 United Nations Office On Drugs and Crime. *Convention on Psychotropic Substances*. New York: Nações Unidas; 1971.
- 37 United Nations Office On Drugs and Crime. *Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas*. New York: Nações Unidas; 1988.
- 38 Reuter P, Greenfield V. Measuring Global Drug Markets: how good are the numbers and why should we care about them? *World Economics*, 2001; 2(4):159-173.
- 39 Lucchese PTR. *Políticas Públicas em Saúde Pública*. São Paulo: IBIREME/OPAS/OMS; 2002.
- 40 Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, 2013; 27(78): 7-26.
- 41 Burke P. *Sociologia e História*, Porto, Eds. Afrontamento; 1980.
- 42 Courtwright DT. *Forces of Habit: Drugs and the Making of the Moderns World*. Massachusetts/London: Harvard/Cambridge, 2001.
- 43 Cerqueira L. *Psiquiatria Social. Problemas Brasileiros de Saúde Mental*. Atheneu; 1984. 306p.
- 44 Jones MA. *A comunidade Terapêutica: Petrópolis: Vozes*, 1972.
- 45 Fleming M. *Ideologia e práticas psiquiátricas*. Portugal: Porto: Edições Afrontamento; 1976.

46 Marquez I. Situación de la atención a la salud mental. Bilbao: Manu Robles Arangiz Institutua; 2009.

47 Koda MY, Fernandes MIA. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. Cad. Saúde Pública, 2007; 23(6):1455-1461.

48 O'Hare P. Redução de danos: alguns princípios e a ação prática. In: Mesquita F, Bastos FI (Orgs.). Drogas e Aids: Estratégias de redução de danos. São Paulo: HUCITEC; 1994: p.65-70.

49 Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.

50 Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciências, Saúde; jan.-abr. 2002; 9(1):25-59.

51 Batista N. Introdução crítica ao direito penal brasileiro. Rio de Janeiro: Revan; 1990.

52 Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

53 Brasil. Ministério da Saúde . Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm

54 Dal Poz MR, Lima JCS, Perazzi S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. Physis, 2012; 22(2):621-639.

55 Luzio CA, L'Abbate S. The Brazilian psychiatric reform: historical and technical supportive aspects of experiences carried out in the cities of São Paulo, Santos and Campinas. Interface, 2006; 10(20): 281-298.

56 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS/ INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde de mental. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf

57 Bichueti J. Clesevida – Outras Lembranças. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari; 2000.

58 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html

59 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

60 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece diretrizes para modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf

61 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 251/GM, em 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-251-31-JANEIRO-2002.pdf>

62 Brasil. Presidência da República Casa Civil. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4345.htm

63 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html

64 Brasil. Presidência da República da Casa Civil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm

65 Brasil. Presidência da República Casa Civil. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm

66 Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 4ª ed; 2013.

67 Nery Filho A, MacRae E, Tavares LA, Nuñez, Rêgo M. As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais. EDUFBA: CETAD; 2012.

68 Arouca S. A reforma sanitária brasileira. Tema Radis, 1998; 11(1): 2-4.

69 Andrade TM, Lurie P, Medina MG. “The opening of South America’s first needle exchange program and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia-Brazil”. Aids and Behavior, 2001; 5 (1): 51-64.

70 Berridge V. Demons: Our changing attitudes to alcohol, tobacco, & drugs. Oxford: Oxford University Press; 2013.

71 Buning E. Vinte e cinco anos de redução de danos: a experiência de Amsterdã. In: Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006: 345-354.

72 Derricott J, Preston A, Hunt H. The Safer Injecting Briefing. England: HIT; 1999.

73 Piconez e Trigueiros D, Haiek RC. Estratégias de redução de danos. In: Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006: 355-358.

74 Niel M, Silveira DX. Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo; 2008: 98.

75 International Harm Reduction Association (IHRA). Thematic briefings on human rights and drug policy. Blog: Harm Reduction International, 2010. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: <http://www.ihra.net/contents/804>.

76 Doneda D, Gandolfi D. O início da redução de danos no Brasil na perspectiva governamental: ação local com impacto nacional. In: Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006: 358-360.

77 Bastos FI, Mesquita F. Estratégias de Redução de Danos. In: Seibel SD, Toscano Jr A. Dependência de drogas. São Paulo: Editora Atheneu, 2001: 181-190.

78 Flach LM. Saúde e AIDS. Boletim da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas. Julho 1996 - nº 32.

79 Domanico A, MacRae E. Estratégias de redução de danos entre usuários de crack. Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 371-379.

80 Silveira DX, Labigalini E, Rodrigues LR. Redução de danos no uso de maconha por dependentes de crack. In: Conselho Estadual de Entorpecentes de São Paulo. SOS crack – prevenção e tratamento. 1998.

81 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html

82 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.059, de 04 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de

Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1059_04_07_2005.html

83 Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 2011; 23 (1): 154-162.

84 Schenkerl M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciênc. saúde coletiva*, 2005; 10(3): 154-162.

85 Zweig JM, Phillips BS & Lindberg LD 2002. Predicting adolescent profiles of risk: looking beyond demographics. *Journal of Adolescent Health* 31:343-353.

86 Almeida Filho N & Rouquayrol MZ. *Introdução à Epidemiologia Moderna*. Rio de Janeiro: APCE/Abrasco, 1990.

87 Barros Filho A. Resgate histórico sobre as concepções relacionadas às drogas. Projeto Viva Bem. Palestra conferida na Capacitação para Prevenção ao Uso Indevido de Drogas - Projeto Um Outro Caminho é Possível. Teresina. 2008, Mimeo.

88 Ayres JRJM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde – conceitos, desafios, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-38.

89 Ayres JRJM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006: 375-417.

90 Swadi H. Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 1999; 55:209-224.

91 Brook JS, Brook DW, Gordon AS, Whiteman M & Cohen P. The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 1990; 116(2):111-267.

- 92 Bloise PV. O arquétipo do Herói: dependência e desenvolvimento. São Paulo (SP): Atheneu; 2006.
- 93 Andrade AG, Bassit AZ. Avaliação de programas de prevenção de drogas. São Paulo: GREA – IPQ – HC – FMUSP, 1995. 86 p.
- 94 Castro MS, Rosa LCS. Fatores de risco e proteção na prevenção do uso indevido de drogas. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.7/GT_07_01_2010.pdf
- 95 Tarter RE, Sambrano S & Dunn MG. Predictor variables by developmental stages: a center for substance abuse prevention multisite study. *Psychology of Addictive Behaviors* , 2002;16(4S):S3-S10.
- 96 Wallace Junior JM. The social ecology of addiction: race, risk, and resilience. *Pediatrics*.1999; 103:1122-1127.
- 97 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014, p. 407.
- 98 IPHAN/ 15º Superintendência Regional. A924 Plano Piloto 50 anos: cartilha de preservação. Brasília, 2007.
- 99 Distrito Federal. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal [acesso em 22 mar 2018]. Disponível em: <http://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2014/12/04/inaugurado-caps-24-horas-no-setor-comercial-sul/>
- 100 Codeplan. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Plano Piloto - PDAD 2016 [acesso em 22 mar 2018]. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/PDAD-Plano-Piloto.pdf>
- 101 Observatório Políticas de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal. [acesso em 22 mar 2018]. Disponível em: <http://nesp.unb.br/obsam/>
- 102 Costa JPM, Barros MF, Bongioiolo AM, Perry IDS, Silva MA. Estudo Nutricional e Consumo Alimentar de usuários de crack de um município do litoral norte do estado do Rio Grande do Sul. *Revista Inova Saúde*, 2016 Jul; 5(1):100-116.

103 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

APÊNDICES

Apêndice – A



Universidade de Brasília
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
Núcleo de Estudos em Saúde Pública
Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental no Distrito Federal

Roteiro de Entrevista semiestruturada

Data da entrevista:

1-Nome:

2-Idade:

3-Sexo/ Identidade de gênero: Masculino () Feminino () Travesti ()

4-Estado Civil: Solteiro () Casado/ União Estável () Divorciado/ Separado () Viúvo ()

5- Tem filhos?

6- Qual é sua escolaridade?

7-Qual é sua renda? E quantas pessoas moram com você?

8-Ocupação:

Desempregado ()

Emprego Formal ()

Emprego Informal ()

Aposentado ()

9- Além do já citado na ocupação, existe outra fonte de sustento ou renda? Se resposta for sim. Qual?

Aspectos Físicos

10- Quais são alterações físicas percebidas no seu corpo quando usou crack?

Alguma dor? Em relação à respiração? Vontade de vomitar? Em relação ao sono? Em relação à fome? Doenças associadas?

11-Você já teve overdose? Como aconteceu? Quando foi a primeira vez que teve sintomas de abstinência (tremores, náuseas, ânsia de vômito, sudorese)? Já controlou o consumo de crack para não ter overdose? Como?

12- Você já tentou parar de usar crack? O que você fez?

Aspectos Psíquicos

13- Você percebeu alguma mudança no seu comportamento com uso de crack?

Quais são as mudanças (alterações psicológicas) percebidas quando usou crack? Alucinações? Convulsões? Perda de consciência? Depressão? Ficou agitado/nervoso?

Comportamento sexual

14-Prefere usar crack em locais fechados ou locais abertos? Por quê?

15- Você já teve relações sexuais sobre o efeito de drogas/crack?

Você faz uso de preservativo quando faz sexo? Já esqueceu alguma vez de usar preservativo? Já teve alguma doença sexualmente transmissível? E você acha importante usar preservativo?

Aspectos Sociais

16-Como é a convivência com a família e amigos?

17-Prefere usar crack em grupo ou sozinho? Por que?

18-Você já sofreu ou se envolveu em alguma situação de violência devido ao uso do crack?

19-Você já teve algum envolvimento na justiça em relação ao uso crack? Como aconteceu? Já se envolveu com o tráfico ou em bocadas? Como aconteceu? Já cumpriu algumas regras impostas pelo tráfico? Como aconteceu? Quais são os cuidados que você tem no momento da compra do crack?

20-Já foi abordado pela polícia pelo uso de crack? Como aconteceu?

Apêndice – B

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde – FS/Departamento de Enfermagem - ENF
Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP
Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental no Distrito Federal – OBSAM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Usuários e Familiares)

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa: **Reorganização dos e nos processos de trabalho na rede de atenção psicossocial do Distrito Federal**, sob a responsabilidade do pesquisador Maria da Glória Lima. O projeto trata-se de um estudo qualitativo descritivo e exploratório para analisar os serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial DO Distrito Federal -RAPS, em especial, os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, com ênfase na formação e na participação dos gestores, trabalhadores, usuários e familiares do DF. Esta pesquisa tem por objetivos utilizar estratégias de atuação participativa para conhecer o funcionamento e a organização dos serviços de saúde mental do Distrito Federal, mediante a realização de cursos de qualificação e espaços de reflexão e de análise com a participação de gestores, profissionais de saúde, usuários e seus familiares, de forma a melhorar o acesso e o atendimento realizado pelos profissionais de saúde nos serviços CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)/Rede de atenção psicossocial do Distrito Federal - RAPS.

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

A sua participação se dará por meio de realização de entrevistas semi estruturadas, em locais e datas pré-agendadas, conforme disponibilidade dos participantes. O tempo estimado para as entrevistas poderá ter duração em torno de 20 a 50 minutos. Será solicitada a gravação em áudio, e a sua anuência, mediante a assinatura no termo de autorização de imagem e som.

Os riscos inerentes decorrentes de sua participação na pesquisa são de natureza direta como constrangimento de participação nas entrevistas e evocação de memórias de sofrimento. Pode ainda provocar esforço cognitivo e/ou possível constrangimento pessoal por trazer a tona reflexões e emoções sobre as experiências vividas no processo de cuidado no âmbito da atenção à saúde mental, decorrente dos temas tratados ou do teor das questões. Os riscos indiretos são referentes à possibilidade de quebra de confidencialidade nas dinâmicas realizadas pelo grupo focal e entrevistas individuais. A equipe responsável pela execução da pesquisa e demais pesquisadores colaboradores estará atenta e procurará minimizar os riscos reforçando o direito dos participantes de se recusar a responder qualquer questão percebida como constrangedora ou que trouxer lembranças de situação de sofrimento emocional. Os profissionais responsáveis pelo CAPS serão contatados, caso haja necessidade de atendimento individual das pessoas entrevistadas. Vale ressaltar que o CAPS funciona com agenda aberta para atendimento de usuários em situação de risco de sofrimento.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para melhorar a qualificação dos trabalhadores e usuários e familiares da rede de atenção Psicossocial, em especial os CAPS/RAPS, a promoção da autonomia dos usuários e a produção de ferramentas para a organização da gestão e a qualidade do processo de cuidado, de forma a melhorar o acesso nesses serviços. Finalmente a pesquisa criará uma Página web interativa do mapeamento dos serviços de saúde mental disponíveis no DF.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Página 1/2

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

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

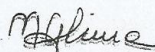
Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Maria da Glória Lima, no Telefone: (61) 3340-6863 (NESP) / 31071711(ENF), em horário comercial, de segunda a sexta-feira/ 999728794 (disponível inclusive para ligação a cobrar), ou ainda, no e-mail: obsam.nespunb@gmail.com/ limamg@unb.br.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília, sob o número de parecer 2.200.022. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1702 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF sob o número de parecer 2.270.086. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome completo do(a) participante:

Assinatura do(a) participante:



Maria da Glória Lima

Nome do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador responsável

Brasília, _____ de _____ de 20____.

Apêndice – C

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde – FS/Departamento de Enfermagem - ENF
Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP
Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental no Distrito Federal – OBSAM

Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal mediada pela avaliação participativa”, sob responsabilidade da pesquisadora Maria da Glória Lima vinculada ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizados apenas para análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e à pesquisa explicitados acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

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

Assinatura do (a) participante


Assinatura da pesquisadora

Brasília, ____ de ____ de _____

Em caso de dúvida pode procurar : Profa. Maria da Glória Lima (Coordenadora da Pesquisa)

Endereço Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde (FSD), Departamento de Enfermagem (ENF), Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, CEP: 70910-900, Brasília, DF, Brasil. Telefone: (61) 3107-7947 (NESP) / 3107-1711(ENF) / 999728794. E-mail: obsam.nespunb@gmail.com / limamg@unb.br **Ou diretamente no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde: CEP/FS** – End.: Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Telefone: 3107-1702. E-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com. Horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. Também poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal pelo telefone 3325 4955.

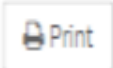
Apêndice – D

 Escola Anna Nery

[Home](#)

[Author](#)

Submission Confirmation



Thank you for your submission

Submitted to
Escola Anna Nery

Manuscript ID
EAN-2018-0153

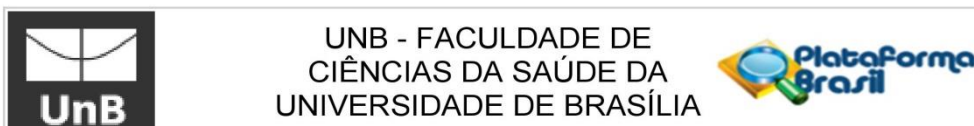
Title
Fatores de risco e proteção decorrentes do uso de crack em usuários de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas do Distrito Federal.

Authors
Andrade, Aurélio
Lima, Maria da

Date Submitted
17-May-2018

Anexos

Anexo - 1 Parecer consubstanciado do CEP da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa

Pesquisador: Maria da Glória Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67425917.6.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.200.022

Apresentação do Projeto:

O Projeto é apresentado na Plataforma Brasil como se segue "A rede de saúde mental do Distrito Federal se expandiu nos últimos anos no sentido de ampliar o acesso das pessoas que necessitam de cuidados psicossociais. São múltiplas as formas de organização dos serviços, com mecanismos de gestão e processos de trabalho singulares, com inovações e heterogeneidade nos modos de produzir saúde mental. A presente pesquisa integra uma das atividades do Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal, criado em 2016 no Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB). Trata-se de projeto guarda chuva, com uso de abordagens qualitativa e quantitativa e métodos diversos: grupos focais e/ou método de roda, entrevistas semiestruturadas e entrevista de profundidade, questionários e diário de campo. Objetiva-se explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais, usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF. Espera-se como resultados: mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial; contextualização e caracterização do trabalho desenvolvido nos dispositivos de atenção psicossocial, especialmente os CAPS; produção de indicadores para os serviços CAPS; formação profissional para o apoio e caracterização do perfil dos usuários e familiares da RAPS. O presente projeto pretende aperfeiçoar as atividades já desenvolvidas nos CAPS, em especial os

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



processos de trabalho dos serviços; identificar barreiras de acesso e lacunas assistenciais; propor soluções que contribuam para avaliar e reconstruir a dinâmica da rede e dos serviços que ela oferece, a fim de melhorar a qualidade assistencial; compartilhar os resultados encontrados, de forma a oferecer subsídio aos gestores e profissionais da saúde nas ações de planejamento, promoção, prevenção e enfrentamento dos agravos de saúde mental, além do fortalecimento da RAPS; contribuir com o aprimoramento das políticas públicas de saúde mental no DF e com a promoção de uma vida digna e com justiça social aos usuários da saúde mental.”

METODOLOGIA:

“Trata-se de um estudo de abordagem mista, com delineamento transversal e natureza exploratória-descritiva com triangulação de métodos e técnicas (MINAYO, 2005). Este projeto se propõe a desenvolver uma abordagem integradora teórico-prática, “com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou de enfrentamento e/ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes, representativos da situação ou do problema, estão envolvidos de modo cooperativo e participativo (THIOLLENT, 2003)[...] um tipo de pesquisa social participante, com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo [...]. (THIOLLENT, 2003, p. 14) A pesquisa para Demo (2006) se justifica quando a formação científica assume também a formação educativa, um processo de criar e emancipar. Ele toma a pesquisa como atitude processual de investigação diante do cotidiano, dos limites desconhecido e dos limites que a natureza e a sociedade nos impõem; e ainda, com visão emancipatória apresenta a pesquisa como trajeto educativo e científico. A pesquisa será desenvolvida em etapas no decorrer do período de quatro anos previsto para Maio de 2017 a Julho de 2021. As etapas compreendem os seguintes eixos: i) Mapeamento dos dispositivos da rede de saúde mental do Distrito Federal; ii) Capacitação em pesquisa avaliativa participativa/processo avaliativo e apoio institucional;iii) A compreensão do trabalho e a produção do cuidado em saúde na Rede de Atenção Psicossocial; iv) Atenção integral em saúde mental e a participação social dos usuários e seus familiares na Rede de Atenção Psicossocial; e v) Vulnerabilidade dos usuários e familiares em situação de sofrimento e exclusão social e as redes de apoio psicossociais e comunitárias.”

CRITERIO DE INCLUSAO:

“Serão considerados critérios de inclusão na pesquisa os seguintes itens: a. Gestores de CAPS/Unidades de Acolhimento b. Profissionais de CAPS/Unidades de Acolhimento c. Usuários de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

CAPS/Unidades de Acolhimento e familiares d. Membros da comunidade envolvidos com a atenção psicossocial.”

Hipótese:

“Os processos participativos de gestão e de produção de cuidado são dispositivos apoiadores do planejamento das ações de saúde e da qualificação do trabalho na Rede de Atenção Psicossocial, de maneira a ampliar o acesso a atenção integral dos usuários com transtorno mental e/ou dependente de álcool e outras drogas?”

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

“Explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais e usuários e seus familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF.”

Objetivo Secundário:

“a. Mapear a rede ampliada de saúde mental do DF, a partir dos CAPS; b. Analisar as redes psicossociais instituídas entre os serviços e o protagonismo das comunidades na Rede de Atenção Psicossocial; c. Identificar as fragilidades e potencialidades da participação dos atores na produção do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial do DF; d. Identificar a organização e funcionamento do trabalho em saúde dos serviços que compõem a RAPS/DF; e. Construir indicadores para os serviços CAPS/RAPS; f. Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho realizado nos serviços da RAPS quanto aos desafios e avanços da abordagem psicossocial; g. Identificar o perfil dos usuários e famílias atendidos nos CAPS/AD do DF; h. Identificar o itinerário terapêutico percorrido pelos usuários e seus familiares para acesso, atendimento e tratamento na RAPS/DF; i. Identificar as estratégias de participação social com vistas à inclusão social dos usuários e familiares da saúde mental; j. Identificar necessidades de cuidado de usuários e familiares e a sua rede de apoio social; k. Implementar a abordagem do Tratamento Comunitário junto à população em situação de vulnerabilidade, sofrimento e exclusão social mediante a promoção de redes de apoio e proteção comunitária no DF; l. Analisar a vulnerabilidade dos usuários da saúde mental na perspectiva das políticas públicas e das abordagens da bioética de proteção e da bioética da intervenção.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

| | |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro | |
| Bairro: Asa Norte | CEP: 70.910-900 |
| UF: DF | Município: BRASÍLIA |
| Telefone: (61)3107-1947 | E-mail: cepfsunb@gmail.com |



Continuação do Parecer: 2.200.022

“Os riscos inerentes a pesquisa são de natureza direta, como constrangimento de participação nas entrevistas e evocação de memórias de sofrimento. Pode ainda provocar esforço cognitivo e/ou possível constrangimento pessoal por trazer à tona reflexões e emoções sobre as experiências vividas no processo de trabalho ou de cuidado no âmbito da atenção à saúde mental, decorrentes dos temas tratados ou do teor das questões. Os riscos indiretos são referentes à possibilidade de quebra de confidencialidade nas dinâmicas realizadas pelo grupo focal e entrevistas individuais. A equipe responsável pela execução da pesquisa e demais pesquisadores colaboradores estarão atentos e procurará minimizar os riscos, reforçando o direito dos participantes de se recusarem a responder qualquer questão percebida como constrangedora ou evocadora de situação de sofrimento emocional. Os profissionais responsáveis pelo CAPS serão contatados, caso haja necessidade de atendimento individual das pessoas entrevistadas. Vale ressaltar que o CAPS funciona com agenda aberta para atendimento de usuários em situação de risco de sofrimento e o participante terá acesso ao atendimento nessa instituição.”

Benefícios:

“Os benefícios esperados neste estudo envolvem a qualificação dos profissionais, o empoderamento dos usuários e a produção de ferramentas para a organização da gestão e do processo de cuidado. A pesquisa irá construir processos de capacitação/formativos com os gestores, trabalhadores e usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial, em especial os CAPS/RAPS, na perspectiva de melhorar o acesso e a qualidade do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial. Finalmente, a pesquisa produzirá um “Guia físico dos serviços de saúde mental disponíveis no DF” e uma “Página web interativa georreferenciada dos serviços de saúde mental disponíveis no DF.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto guarda-chuva da Faculdade de Ciências da Saúde/UnB, na área de Ciências da Saúde na temática da Saúde Coletiva, coordenado pelas pesquisadoras Dra. Maria da Glória Lima Maria Aparecida Gussi e conta com a participação de nove pesquisadores, três estudantes de graduação e dois estudantes de Mestrado Profissional. A pesquisa está orçada em R\$ 1.140.000,00 (um milhão e cento e quarenta mil reais) distribuídos em R\$ 343.000,00 (trezentos e quarenta e três mil reais) para custeio e R\$ 797.000,00 (setecentos e noventa e sete mil reais) para bolsas (pesquisadores e estudantes), financiada pela Secretaria de Atenção à Saúde do Distrito Federal.

A pesquisa terá trezentos e dezoito (318) participantes, distribuídos da seguinte forma: (1)

| | |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro | |
| Bairro: Asa Norte | CEP: 70.910-900 |
| UF: DF | Município: BRASÍLIA |
| Telefone: (61)3107-1947 | E-mail: cepfsunb@gmail.com |



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.200.022

Gestores dos CAPS/UA: 18 participantes; (2) Familiares dos usuarios dos CAPS/US: 50 participantes, (3) Usuarios dos CAPS: 150 participantes e (4) Profissionais de saude dos CAPS/US: 100 participantes. O Desfecho primario da pesquisa foi definido como "Qualificacao da Rede de Atencao Psicossocial com construcao de indicadores de qualidade e de acesso aos servicos de saude mental."

A Co-participante deste projeto e a Secretaria de Saude do Distrito Federal, tendo como responsavel Humberto Lucena Pereira da Fonseca, com Comite de Etica – Fundacao de Ensino e Pesquisa em Ciencias da Saude – FEPECS/SES/DF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos como resposta às pendências emitidas pelo parecer consubstanciado no. 2.160.041:

Informações Básicas do Projeto: "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832755.pdf" de 27/07/2017;

Carta de resposta ao CEP: "CartaRespPendencias.doc" e "Carta_Resp_Pendencias.pdf" de 27/07/2017;

Termo de Autorização de Imagem e Son de Voz para fins de Pesquisa: "Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.pdf" e "Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.docx", ambos de 17/07/2017;

TCLEs:

Na versão pdf e seu correspondente em docx: "TCLE_Pai_Responsavel_Legal.pdf" e "TCLE_Pai_Responsavel_Legal.docx",

"TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.pdf" e "TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.docx",

"TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.pdf" e "TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.docx",

"TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.pdf" e "TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.docx"

"TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.pdf" e "TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.docx",

TALEs: "TALE_10a13_anos.docx" e "TALE_10a13_anos.pdf"; "TALE_14a17_anos.docx" e "TALE_14a17_anos.pdf" todos de 27/07/2017;

Projeto Detalhado: "PROJETO_resposta_pend_CEPFS.docx" de 27/07/2017.

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

Página 05 de 11



Continuação do Parecer: 2.200.022

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências emitidas pelo parecer consubstanciado no. 2.160.041:

1. Solicita-se apresentar cada modelo de TCLE, bem como do TALE, em arquivos individualizados.

Resposta - Foram apresentados/anexados à Plataforma Brasil os modelos dos documentos TCLE e TALE nas versões Word e PDF. As versões em Word estão inclusas no Projeto, conforme págs. 36 a 49.

TCLE_entrevista_Gestor_Prof Saude (pág. 36/37)

TCLE_grupofocal_Gestor_Prof Saude (pág. 38/39)

TCLE_entrevista_Usuário_e_Familiar (pág. 40/41)

TCLE_grupofocal_Usuário_e_Familiar (pág. 42/43)

TCLE_Pai_Responsavel (pág. 44/45)

TALE 10_13 anos (pág. 46/47)

TALE 12_17 anos (pág. 48/49)

Observação 1: O trabalho de pesquisa proposto não pretende o envolvimento de crianças menores de 10 anos como participantes do estudo.

Observação 2: A aplicação do TCLE ou do TALE se fará sempre com a presença de um pesquisador para retirada de dúvidas ou maiores esclarecimentos e, no caso do TALE, a explicação em linguagem "entendível" de cada criança, caso a caso.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Solicita-se apresentar modelo de TCLE direcionado aos pais ou responsável legal do menor participante da pesquisa.

Resposta - Foi apresentado/anexado modelo de TCLE direcionado aos pais ou responsável legal, localizado na página 44/45 do projeto.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Solicita-se acrescentar informações sobre aprovação pelo CEP/FEPCS-SES/DF nos TCLEs e TALEs, visto que esse CEP apreciara o presente protocolo de pesquisa como CEP vinculado a instituição coparticipante. Recomenda-se ver modelo na página do web do CEP/FS.

Resposta – Foi acrescentada a informação conforme solicitado em todos os citados documentos TCLE e TALE (retirado do modelo disponível no site do CEP/FS): "Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi aprovado pelo Comitê

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955."

TCLE_entrevista_Gestor_Prof Saude (página 36/37, parágrafo 10);

TCLE_grupofocal_Gestor_Prof Saude (página 38/39, parágrafo 10);

TCLE_entrevista_Usuário_e_Familiar (página 40/41, parágrafo 10);

TCLE_grupofocal_Usuário_e_Familiar (página 42/43, parágrafo 10);;

TCLE_Pai_Responsavel (págs. 44/45, parágrafo 10);

TALE 10_13 anos (pág. 46/47, parágrafo 8);

TALE 14_17 anos (págs. 48/49, parágrafo 6);

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Quanto ao documento "Term_Ass_Crianca_Adoles2.docx", postado em 20/04/2017, solicita-se adequar a linguagem do documento as diferentes faixas etárias. Recomenda-se apresentar 3 versoes do TALE considerando as faixas etárias 6 a 10 anos, 11 a 13 anos e 14 a 17 anos.

Resposta - Considerando o grupo etário convidado a participar da pesquisa foram apresentados/anexados dois TALE para as faixas de idade de 10 a 13 anos e de 14 a 17 anos. (páginas 46 a 49), uma vez que o trabalho de pesquisa proposto não pretende o envolvimento de crianças menores de 10 anos como participantes do estudo.

Observação: Feito modificação no item participantes do estudo (Pág. 9, Parágrafo 2)

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

5. Solicita-se apresentar modelo de termo de autorizacao de utilizacao de imagem e som de voz para fins de pesquisa direcionado ao pai ou responsavel legal do menor participante de pesquisa.

Resposta – Foi apresentado/anexado Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som da Voz direcionado ao pai ou responsável, na versão Word e PDF. A versão em Word está inclusa no Projeto, conforme página 51.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

6. Solicita-se informar claramente e incluir no cronograma a etapa de coleta de dados. Esta deve ser posterior a aprovacao pelo CEP/FS e a aprovacao pelo CEP-FEPECS, esse ultimo vinculado a instituicao coparticipante.

Resposta: No item cronograma ressaltamos que a coleta de dados terá inicio somente após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da FS e SES/DF com modificações nos itens coleta de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

dados e a análise, em separado.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Conclusão: Todas as pendências foram atendidas. Não há óbices éticos para a realização deste projeto. Protocolo de pesquisa está em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

O início das atividades de coleta dos dados do projeto devem aguardar a aprovação do projeto pelo CEP da instituição coparticipante.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832755.pdf | 27/07/2017 16:25:40 | | Aceito |
| Outros | CartaRespPendencias.doc | 27/07/2017 16:19:33 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Carta_Resp_Pendencias.pdf | 27/07/2017 16:10:01 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.pdf | 27/07/2017 16:05:56 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Pai_Responsavel_Legal.pdf | 27/07/2017 16:05:40 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.pdf | 27/07/2017 16:05:22 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.pdf | 27/07/2017 16:05:02 | Maria da Glória Lima | Aceito |

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------|----------------------|--------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.pdf | 27/07/2017 16:04:39 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.pdf | 27/07/2017 16:04:28 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TALE_14a17_anos.pdf | 27/07/2017 16:04:21 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TALE_10a13_anos.pdf | 27/07/2017 16:04:09 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.docx | 27/07/2017 16:00:25 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Pai_Responsavel_Legal.docx | 27/07/2017 16:00:15 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.docx | 27/07/2017 15:59:31 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.docx | 27/07/2017 15:58:57 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.docx | 27/07/2017 15:58:30 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.docx | 27/07/2017 15:57:36 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TALE_14a17_anos.docx | 27/07/2017 15:57:20 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TALE_10a13_anos.docx | 27/07/2017 15:57:00 | Maria da Glória Lima | Aceito |

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------|----------------------|--------|
| Ausência | TALE_10a13_anos.docx | 27/07/2017 15:57:00 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_resposta_pend_CEPFS.docx | 27/07/2017 15:56:22 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_Rosto.pdf | 20/04/2017 14:57:49 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEs2.docx | 20/04/2017 14:50:26 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Term_Ass_Crianca_Adoles2.docx | 20/04/2017 14:50:01 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | TermoCompr_Gloria.doc | 19/04/2017 11:23:57 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | CartEncamProj.doc | 19/04/2017 11:22:22 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO.docx | 10/04/2017 17:51:55 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Term_Aut_Imag_Som.doc | 10/04/2017 17:51:00 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Vilmara_Macedo.pdf | 10/04/2017 17:37:38 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Vanessa_Carnevale.pdf | 10/04/2017 17:36:51 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Tania_Resende.pdf | 10/04/2017 17:35:59 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Renata_Cavalcante.pdf | 10/04/2017 17:35:18 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Otavio_Ramalho.pdf | 10/04/2017 17:34:47 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Maria_Gloria.pdf | 10/04/2017 17:34:18 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Maria_Gussi.pdf | 10/04/2017 17:33:52 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Maira_Gussi.pdf | 10/04/2017 17:33:19 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Luana_Paz.pdf | 10/04/2017 17:32:48 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Karime_Porto.pdf | 10/04/2017 17:32:09 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Ione_Barrois.pdf | 10/04/2017 | Maria da Glória | Aceito |

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

| | | | | |
|--------|--------------------------------|------------------------|----------------------|--------|
| Outros | Curriculo_lone_Barros.pdf | 17:31:42 | Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Hugo_Vitor.pdf | 10/04/2017 17:31:05 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Cibele_Sousa.pdf | 10/04/2017 17:30:20 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Aurelio_Andrade.pdf | 10/04/2017 17:29:45 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Adriana_Carvalho.pdf | 10/04/2017 17:28:01 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | TermoConcFS.doc | 10/04/2017 17:17:11 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | TermoConcFepecs.doc | 10/04/2017 17:16:39 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | TermConcFepecs.PDF | 10/04/2017 17:03:41 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | TermoConcFS.PDF | 10/04/2017 17:02:25 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | TermCompr_Gloria.PDF | 10/04/2017 16:58:47 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | CartEncamProj.PDF | 10/04/2017 16:57:49 | Maria da Glória Lima | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

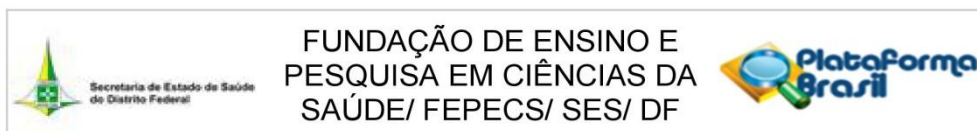
BRASILIA, 03 de Agosto de 2017

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Anexo- 2

Parecer consubstanciado do CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS)



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa

Pesquisador: Maria da Glória Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67425917.6.3001.5553

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.270.086

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa aprovado pelo CEP/UNB Ceilândia e submetido ao CEP/FEPECS como instituição co-participante.

Trata-se de projeto guarda-chuva que abarcará capacitação em pesquisa avaliativa participativa com trabalhadores, usuários e gestores de saúde mental para análise da rede de Centros de Atenção Psicossocial e Unidade de Acolhimento do Distrito Federal com construção de narrativas e validação de indicadores. Também serão utilizadas metodologias para mapeamento da rede de atenção à saúde mental e para o desenvolvimento de apoio institucional, bem como as estratégias do tratamento comunitário para situações de vulnerabilidade dos usuários e familiares em situação de sofrimento e de exclusão social, articulado com as redes de apoio psicossociais e comunitárias. Ainda serão desenvolvidas atividades acerca da Atenção integral em saúde mental e a participação social dos usuários e seus familiares na Rede de Atenção Psicossocial. A rede de saúde mental do Distrito Federal se expandiu nos últimos anos no sentido de ampliar o acesso das pessoas que necessitam de cuidados psicossociais. São múltiplas as formas de organização dos serviços, com mecanismos de gestão e processos de trabalho singulares, com inovações e heterogeneidade nos modos de produzir saúde mental. A presente pesquisa integra uma das atividades do Observatório de Políticas de Atenção à

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

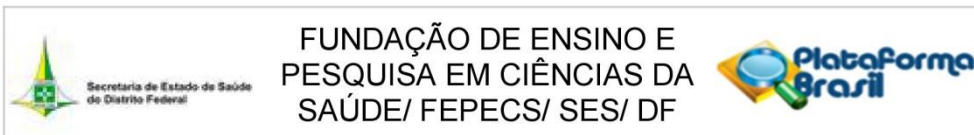
UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (63)3254-9551

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

Saúde Mental do Distrito Federal, criado em 2016 no Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB). Trata-se de projeto guarda chuva, com uso de abordagens qualitativa e quantitativa e métodos diversos: grupos focais e/ou método de roda, entrevistas semiestruturadas e entrevista de profundidade, questionários e diário de campo. Objetiva-se explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais, usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF. Espera-se como resultados: mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial; contextualização e caracterização do trabalho desenvolvido nos dispositivos de atenção psicossocial, especialmente os CAPS; produção de indicadores para os serviços CAPS; formação profissional para o apoio e caracterização do perfil dos usuários e familiares da RAPS. O presente projeto pretende aperfeiçoar as atividades já desenvolvidas nos CAPS, em especial os processos de trabalho dos serviços; identificar barreiras de acesso e lacunas assistenciais; propor soluções que contribuam para avaliar e reconstruir a dinâmica da rede e dos serviços que ela oferece, a fim de melhorar a qualidade assistencial; compartilhar os resultados encontrados, de forma a oferecer subsídio aos gestores e profissionais da saúde nas ações de planejamento, promoção, prevenção e enfrentamento dos agravos de saúde mental, além do fortalecimento da RAPS; contribuir com o aprimoramento das políticas públicas de saúde mental no DF e com a promoção de uma vida digna e com justiça social aos usuários da saúde mental.

Objetivo da Pesquisa:

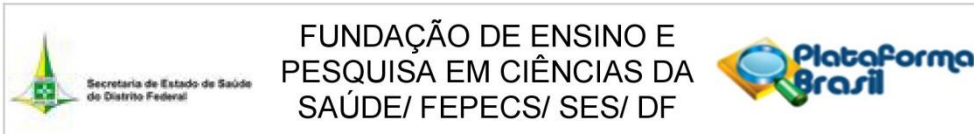
Objetivo Primário:

Explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais e usuários e seus familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF.

Objetivo Secundário:

- a. Mapear a rede ampliada de saúde mental do DF, a partir dos CAPS;
- b. Analisar as redes psicossociais instituídas entre os serviços e o protagonismo das comunidades na Rede de Atenção Psicossocial;
- c. Identificar as fragilidades e potencialidades da participação dos atores na produção do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial do DF;
- d. Identificar a organização e funcionamento do trabalho em saúde dos serviços que compõe a RAPS/DF;
- e. Construir indicadores para os serviços CAPS/RAPS;
- f. Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho realizado nos serviços da

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

- RAPS quanto aos desafios e avanços da abordagem psicossocial;
- g. Identificar o perfil dos usuários e famílias atendidos nos CAPS/AD do DF;
 - h. Identificar o itinerário terapêutico percorrido pelos usuários e seus familiares para acesso, atendimento e tratamento na RAPS/DF;
 - i. Identificar as estratégias de participação social com vistas a inclusão social dos usuários e familiares da saúde mental;
 - j. Identificar necessidades de cuidado de usuários e familiares e a sua rede de apoio social;
 - k. Implementar a abordagem do Tratamento Comunitário junto a população em situação de vulnerabilidade, sofrimento e exclusão social mediante a promoção de redes de apoio e proteção comunitária no DF;
 - l. Analisar a vulnerabilidade dos usuários da saúde mental na perspectiva das políticas públicas e das abordagens da bioética de proteção e da bioética da intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

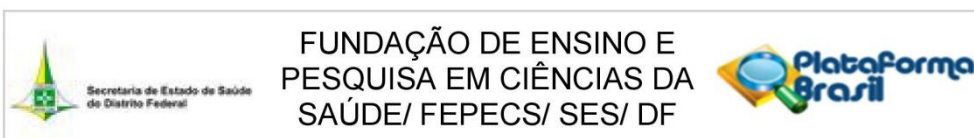
Riscos:

Os riscos inerentes à pesquisa são de natureza direta, como constrangimento de participação nas entrevistas e evocação de memórias de sofrimento. Pode ainda provocar esforço cognitivo e/ou possível constrangimento pessoal por trazer a tona reflexões e emoções sobre as experiências vividas no processo de trabalho ou de cuidado no âmbito da atenção à saúde mental, decorrentes dos temas tratados ou do teor das questões. Os riscos indiretos são referentes à possibilidade de quebra de confidencialidade nas dinâmicas realizadas pelo grupo focal e entrevistas individuais. A equipe responsável pela execução da pesquisa e demais pesquisadores colaboradores estará atenta e procurará minimizar os riscos, reforçando o direito dos participantes de se recusarem a responder qualquer questão percebida como constrangedora ou evocadora de situação de sofrimento emocional. Os profissionais responsáveis pelo CAPS serão contatados, caso haja necessidade de atendimento individual das pessoas entrevistadas. Vale ressaltar que o CAPS funciona com agenda aberta para atendimento de usuários em situação de risco de sofrimento e o participante terá acesso ao atendimento nessa instituição.

Benefícios:

Os benefícios esperados neste estudo envolvem a qualificação dos profissionais, o empoderamento dos usuários e a produção de ferramentas para a organização da gestão e do processo de cuidado. A pesquisa irá construir processos de capacitação/formativos com os

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

gestores, trabalhadores e usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial, em especial os CAPS/RAPS, na perspectiva de melhorar o acesso e a qualidade do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial. Finalmente, a pesquisa produzirá um "Guia físico dos serviços de saúde mental disponíveis no DF" e uma "Página web interativa georreferenciada dos serviços de saúde mental disponíveis no DF".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

``Metodologia de Análise de Dados:

4.2.1. A pesquisa bibliográfica utilizará o método de revisão integrativa de literatura (MENDES et al, 2008), a partir da seguinte pergunta: "Quais são as abordagens temáticas e lacunas na produção acadêmica relacionada às tecnologias de cuidado da pessoa com transtorno mental, sofrimento social e em dependência química, no período 2000-2020?" Serão utilizados os seguintes descritores "Saúde mental", "Serviços de Saúde Mental", "Cuidado", "Desinstitucionalização", "Sofrimento mental" e "Usuários de drogas" nas bases de dado da SCIELO, BIREME e MEDLINE, nos idiomas Português, Espanhol e Inglês.

4.2.2. A pesquisa qualitativa será desenvolvida por intermédio de entrevistas em profundidade do tipo face-a-face individuais e grupais, com utilização de instrumentos de coleta de dados semiestruturados criados para a pesquisa, bem como, instrumentos previamente padronizados, apresentados na seção dos anexos. Os participantes dessa etapa serão gestores, profissionais, usuários, familiares de usuários e comunidade em geral relacionados aos CAPS/RAPS, de maneira a dar voz a esses atores na produção de narrativas sobre suas experiências de atendimento, tratamento e inclusão social, e analisar as redes sociais estabelecidas internamente e externamente na RAPS. As atividades grupais com utilização da técnica de grupos focais apoiarão a contextualização e análise da Rede de Atenção Psicossocial quanto a organização do cuidado numa perspectiva ecológica em sua dimensão individual, familiar, comunitária e societária. Será subsidiada por roteiro com questões norteadoras desenvolvidas pela equipe de pesquisa. A análise qualitativa dos conteúdos/relatos verbais seguirá os procedimentos apresentados por Minayo para a análise compreensiva de conteúdo obtido nas entrevistas e grupos focais (MINAYO, 2012).O trabalho de campo será apoiado pela técnica de observação simples, desenvolvida de forma espontânea e não sistemática (GIL, 2012) com registro das percepções e subjetividades identificadas pela equipe de entrevistadores. Os entrevistadores

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

Página 04 de 09

Continuação do Parecer: 2.270.086

receberão uma capacitação para alinhamento da abordagem metodológica e da operacionalização do trabalho de campo. As observações informais dos momentos formativos e das intervenções serão constitutivas do diário de campo. 4.2.3. A pesquisa documental será realizada a partir da análise dos eixos das políticas: Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, Política Nacional de Humanização, Políticas de Atenção aos Usuários de álcool e outras drogas, Política Nacional de Atenção Básica e outras. Serão analisados também os Cadernos de formação para organização dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial da saúde mental e do trabalho dos profissionais. O método selecionado para a pesquisa documental será o de análise temática de conteúdo (BARDIN, 2004) e um instrumento de coleta de dados será produzido à posteriori, baseado nos eixos identificado nos resultados da revisão de literatura.

4.2.4. A pesquisa quantitativa será realizada em bases de dados secundários utilizando microdados públicos e publicados pelo Ministério da Saúde e IBGE (DATASUS, PNAD 2015, PNS 2013, dados do Sistema de Informação Geográfica – SIG). O método de análise será da estatística descritiva com apresentação de distribuição, frequência e análise de correlação entre as variáveis selecionadas nas bases de dados, a fim de identificar o perfil epidemiológico dos moradores do Distrito Federal. Os resultados dos mapas de redes produzidos pelo software UCINET (2002) serão analisados pela técnica de análise gráfica visual, quanto às conectividades, a dinâmica relacional/instituições e os seus movimentos, densidade e impactos produzidos e orientar novos caminhos de investigação e intervenção na comunidade.”

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados adequadamente os termos:

- Folha de Rosto - instituição proponente - assinado pela Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde / Universidade de Brasília.
- Termo de Anuência - assinado pela Coordenação CORIS/SAIS/SES-DF.
- Projeto de Pesquisa completo - apresentou brochura, cronograma e planilha de orçamento.
- Currícula vitae de 15 pesquisadores.
- Termo de autorização para divulgação de imagens.
- TCLE_entrevista Gestor Prof Saude.
- TCLE_grupo focal Gestor Prof Saude.
- TCLE_entrevista Usuário e Familiar.
- TCLE_grupo focal Usuário e Familiar.
- TCLE Pai Responsável.
- Termo de Compromisso do pesquisador.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.270.086

- Carta de Resposta às pendências ao CEP/UNB Ceilândia.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado. Relembramos a necessidade de entregar os relatórios ao CEP/FEPECS e executar a pesquisa conforme foi apresentado e aprovado pelo CEP/FEPECS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832755.pdf | 27/07/2017 16:25:40 | | Aceito |
| Outros | CartaRespPendencias.doc | 27/07/2017 16:19:33 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Carta_Resp_Pendencias.pdf | 27/07/2017 16:10:01 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.pdf | 27/07/2017 16:05:56 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Pai_Responsavel_Legal.pdf | 27/07/2017 16:05:40 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.pdf | 27/07/2017 16:05:22 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.pdf | 27/07/2017 16:05:02 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.pdf | 27/07/2017 16:04:39 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.pdf | 27/07/2017 16:04:28 | Maria da Glória Lima | Aceito |

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 2.270.086

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|----------------------|--------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TALE_14a17_anos.pdf | 27/07/2017 16:04:21 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TALE_10a13_anos.pdf | 27/07/2017 16:04:09 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.docx | 27/07/2017 16:00:25 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Pai_Responsavel_Legal.docx | 27/07/2017 16:00:15 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.docx | 27/07/2017 15:59:31 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.docx | 27/07/2017 15:58:57 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.docx | 27/07/2017 15:58:30 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.docx | 27/07/2017 15:57:36 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TALE_14a17_anos.docx | 27/07/2017 15:57:20 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TALE_10a13_anos.docx | 27/07/2017 15:57:00 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_resposta_pend_CEPFS.docx | 27/07/2017 15:56:22 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832755.pdf | 20/04/2017 15:32:31 | | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_Rosto.pdf | 20/04/2017 14:57:49 | Maria da Glória Lima | Aceito |

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (63)3254-9551

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 2.270.086

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------|----------------------|--------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEs2.docx | 20/04/2017 14:50:26 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Term_Ass_Crianca_Adoles2.docx | 20/04/2017 14:50:01 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | TermoCompr_Gloria.doc | 19/04/2017 11:23:57 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | CartEncamProj.doc | 19/04/2017 11:22:22 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO.docx | 10/04/2017 17:51:55 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Term_Aut_Imag_Som.doc | 10/04/2017 17:51:00 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Vilmara_Macedo.pdf | 10/04/2017 17:37:38 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Vanessa_Carnevale.pdf | 10/04/2017 17:36:51 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Tania_Resende.pdf | 10/04/2017 17:35:59 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Renata_Cavalcante.pdf | 10/04/2017 17:35:18 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Otavio_Ramalho.pdf | 10/04/2017 17:34:47 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Maria_Gloria.pdf | 10/04/2017 17:34:18 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Maria_Gussi.pdf | 10/04/2017 17:33:52 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Maira_Gussi.pdf | 10/04/2017 17:33:19 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Luana_Paz.pdf | 10/04/2017 17:32:48 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Karime_Porto.pdf | 10/04/2017 17:32:09 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Ione_Barros.pdf | 10/04/2017 17:31:42 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Hugo_Vitor.pdf | 10/04/2017 17:31:05 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Cibele_Sousa.pdf | 10/04/2017 17:30:20 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | Curriculo_Aurelio_Andrade.pdf | 10/04/2017 17:29:45 | Maria da Glória Lima | Aceito |

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (63)3254-9551

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 2.270.086

| | | | | |
|--------|--------------------------------|------------------------|----------------------|--------|
| Outros | Curriculo_Adriana_Carvalho.pdf | 10/04/2017 17:28:01 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | TermoConcFS.doc | 10/04/2017 17:17:11 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | TermoConcFepecs.doc | 10/04/2017 17:16:39 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | TermConcFepecs.PDF | 10/04/2017 17:03:41 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | TermoConcFS.PDF | 10/04/2017 17:02:25 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | TermCompr_Gloria.PDF | 10/04/2017 16:58:47 | Maria da Glória Lima | Aceito |
| Outros | CartEncamProj.PDF | 10/04/2017 16:57:49 | Maria da Glória Lima | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 12 de Setembro de 2017

Assinado por:
Geisa Sant Ana
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (63)3254-9551

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com