

# ESTUDOS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

EDSON DA SILVA  
(ORGANIZADOR)



# ESTUDOS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

EDSON DA SILVA  
(ORGANIZADOR)



2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Diagramação:** Geraldo Alves

**Edição de Arte:** Lorena Prestes

**Revisão:** Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano

Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília  
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza  
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar  
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
 Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
 Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária  
 Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
 Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco  
 Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ  
 Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
 Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados  
 Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá  
 Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo  
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

E82 Estudos em ciências da saúde 1 [recurso eletrônico] / Organizador Edson da Silva. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF  
 Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
 Modo de acesso: World Wide Web  
 Inclui bibliografia  
 ISBN 978-65-86002-25-6  
 DOI 10.22533/at.ed.256200603

1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil.  
I.Silva, Edson da.

CDD 362.1

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

Atena Editora  
 Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## APRESENTAÇÃO

**É com grande satisfação que celebro, com os demais autores e colaboradores, o lançamento da coletânea “Estudos em ciências da saúde”,** objetivando acompanhar as atualizações no conhecimento acadêmico da área. É essencial lembrarmos que as ciências da saúde estudam todos os aspectos relacionados ao processo saúde-doença. Este campo de estudo tem como objetivo desenvolver conhecimentos, intervenções e tecnologias para uso em saúde com a finalidade de aprimorar o tratamento e a assistência de pacientes.

A obra foi organizada em dois volumes. O volume 1 contém 14 capítulos, frutos do dedicado trabalho de pesquisadores que se empenham em prol do desenvolvimento científico e da formação de qualidade no ensino superior e na pós-graduação. Os estudos deste volume avaliam temas relacionados à assistência ao paciente, ao desenvolvimento científico e tecnológico e aos fatores relacionados a determinadas doenças ou condições de saúde.

Espero que todos os acadêmicos e profissionais da área aproveitem o conhecimento compartilhado pelos autores neste e-book. Na certeza de que esta obra muito contribuirá para todos aqueles que se deparam com os temas abordados, desejo-lhe uma ótima leitura.

Edson da Silva

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
ABORDAGENS BIOTECNOLÓGICAS: PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE PARACOCCIDIOIDOMICOSE	
Franciele Abigail Vilugron Rodrigues-Vendramini Bruna Lauton Simões Karina Mayumi Sakita Daniella Renata Faria Isis Regina Grenier Capoci Glaucia Sayuri Arita Pollyanna Cristina Vincenzi Conrado Patrícia de Souza Bonfim-Mendonça Terezinha Inez Estivalet Svidzinski Flávio Augusto Vicente Seixas Erika Seki Kioshima	
<b>DOI 10.22533/at.ed.2562006031</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>15</b>
CRISTAIS NAS HORTALIÇAS: UM INGREDIENTE DESCONHECIDO NA ALIMENTAÇÃO DIÁRIA	
Aliny Férras Peçanha Vanessa dos Santos Barbosa Kevin da Silva Daniel Brena da Silva Alves Pereira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.2562006032</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>23</b>
RELAÇÃO ENTRE HABILIDADES FUNCIONAIS E AMPLITUDE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DE JOELHO EM IDOSOS COM OSTEOARTRITE DE JOELHO: ESTUDO TRANSVERSAL	
Thamires Marques Ruivo Geovane Sawczuk Marcelo Taglietti Jefferson Rosa Cardoso Ligia Maria Facci	
<b>DOI 10.22533/at.ed.2562006033</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>36</b>
ANÁLISE QUANTITATIVA DOS TEORES DE CLORIDRATO DE SERTRALINA EM MEDICAMENTOS MANIPULADOS E INDUSTRIALIZADOS, COMERCIALIZADOS NA CIDADE DE RIO VERDE-GO	
Amanda Ferreira França Beatriz Nascimento Vieira Ely de Paula Oliveira Sâmara Huang Bastos Nayara Ferreira França Jeová David Ferreira Vicente Guerra Filho Jair Pereira de Melo Junior	
<b>DOI 10.22533/at.ed.2562006034</b>	

**CAPÍTULO 5 ..... 46**

**FEBRE MACULOSA NO ESTADO DE SÃO PAULO: ANÁLISE TEMPORAL DE CASOS ENTRE 2001 E 2017**

Lucas Mariscal Alves De Martin  
Luiza Magalhães Kassar  
Paola Napolitano Pereira  
Lucimara Cristina da Silveira  
Marcela Cristina Apolari Cabrini  
Raíssa Corrêa Torres  
Thatianne Pereira da Costa Neves  
André Ricardo Ribas Freitas

**DOI 10.22533/at.ed.2562006035**

**CAPÍTULO 6 ..... 52**

**INTOXICAÇÕES EXÓGENAS AGUDAS POR AGROTÓXICOS EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

Douglas Acosta Lemos  
Isabel Cristina Hilgert Genz  
Kelen Zanin  
Patricia Aline Ferri Vivian  
Júlio César Stobbe  
Jairo José Caovilla  
Ivana Loraine Lindemann  
Larissa Acosta Lemos

**DOI 10.22533/at.ed.2562006036**

**CAPÍTULO 7 ..... 57**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS NASCIDOS VIVOS COM MALFORMAÇÕES DO SISTEMA CIRCULATÓRIO NO ESTADO DE SANTA CATARINA NO PERÍODO DE 2013 A 2016**

Bruna Ventura Lapazini  
Raquel Tatielli Daneluz Rintzel  
Junir Antonio Lutinski

**DOI 10.22533/at.ed.2562006037**

**CAPÍTULO 8 ..... 67**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE NA REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS**

Lorena de Freitas Calixto  
José Carlos Rebuglio Velloso  
Elisângela Gueiber Montes  
Marcelo Derbli Schafranski  
Rômulo Lopes da Costa  
Rodrigo Luiz Staichak  
Juliane de Lara Berso  
Crislaine Freitas  
Fabiana Postiglione Mansani  
Alceu de Oliveira Toledo Junior  
Bruno Queiroz Zardo

**DOI 10.22533/at.ed.2562006038**

<b>CAPÍTULO 9</b> .....	<b>73</b>
REDUÇÃO DE DANOS: O QUE DIZ A CLIENTELA SUBMETIDA A ESSA POLÍTICA	
<p>Marcus Túlio Caldas  Amanda França Cruz Ximenes  Maria Eduarda Calado Macêdo  Vivian Letícia Rudnick Ueta</p>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.2562006039</b>	
<b>CAPÍTULO 10</b> .....	<b>88</b>
AVALIAÇÃO DOS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS NA REGIÃO NORDESTE EM 2018	
<p>Kelly Lima Teixeira  Michelle Santana de Almeida  Rosiane da Conceição Gomes Meneses  Isabela Silva Santos  Mayara Cordeiro Oliveira Fernandes</p>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.25620060310</b>	
<b>CAPÍTULO 11</b> .....	<b>98</b>
INOVAÇÃO EM SABONETE ÍNTIMO LÍQUIDO CONTENDO A MISTURA DE MÉIS DE ABELHAS INDÍGENAS SEM FERRÃO	
<p>Briani Gisele Bigotto  Vanessa Dala Pola  Milena Yumi Silvério Matsumoto  Gerson Nakazato  Renata Katsuko Takayama Kobayashi  Luciano Aparecido Panagio  Edson Aparecido Proni  Audrey Alesandra Stingham Garcia Lonni</p>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.25620060311</b>	
<b>CAPÍTULO 12</b> .....	<b>111</b>
AVALIAÇÃO DA RAZÃO NEUTRÓFILOS/LINFÓCITOS EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE	
<p>Nathalia Rodrigues Bulka  José Carlos Rebuglio Velloso  Cristiane Rickli Barbosa  Danielle Cristyane Kalva Borato</p>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.25620060312</b>	
<b>CAPÍTULO 13</b> .....	<b>116</b>
ANÁLISE DE CARTÃO COMERCIAL PARA A DETECÇÃO DE DNA DE LEISHMANIA POR PCR EM TEMPO REAL EM AMOSTRAS CANINAS	
<p>Fernanda dos Santos Rolim  Gessilí Santana  Maria Lucia Rosa Rossetti</p>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.25620060313</b>	
<b>CAPÍTULO 14</b> .....	<b>121</b>
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO POPULAR: POLÍTICAS PÚBLICAS	

## E TOMADAS DE DECISÕES EM SAÚDE

Jefferson Nunes dos Santos  
Nadja Maria Flerêncio Gouveia dos Santos  
Dária Catarina Silva Santos  
Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves  
Kleber Fernando Rodrigues  
Ana Karine Laranjeira de Sá  
Raimundo Valmir de Oliveira  
Valdirene Pereira da Silva Carvalho  
Wendell Soares Carneiro  
Marcelo Flávio Batista da Silva

**DOI 10.22533/at.ed.25620060314**

**SOBRE O ORGANIZADOR..... 133**

**ÍNDICE REMISSIVO ..... 134**

## REDUÇÃO DE DANOS: O QUE DIZ A CLIENTELA SUBMETIDA A ESSA POLÍTICA

*Data de aceite: 20/02/2020*

**Marcus Túlio Caldas**

<http://lattes.cnpq.br/1339552476079975>

**Amanda França Cruz Ximenes**

<http://lattes.cnpq.br/5623629647001722>

**Maria Eduarda Calado Macêdo**

<http://lattes.cnpq.br/2369128921026726>

**Vivian Letícia Rudnick Ueta**

<http://lattes.cnpq.br/8351272730792426>

### INTRODUÇÃO

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas da ONU, cerca de 5% da população mundial já consumiu ou consome algum entorpecente. A utilização de substâncias lícitas ou ilícitas pelas pessoas não é um fenômeno recente. No decorrer das histórias particulares de cada povo, as causas e as finalidades do consumo de drogas foram sendo moldadas de acordo com as características específicas dos grupos, podendo ter fins ritualísticos, religiosos, medicinais, agregadores e, mais atualmente, de contestação (Melcop, 2004).

Ao longo dos últimos anos observa-se que o cenário epidemiológico no Brasil e em vários outros países cresce quanto ao consumo

de drogas lícitas e ilícitas, desencadeando problemas no que diz respeito ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas. Além do crescimento observa-se que o fenômeno aumenta cada vez mais precocemente nas populações, incluindo grupos sociais menos favorecidos (OLIEVENSTEIN, 1980; MELMAN, 1992; LE BRETON, 2003). Observa-se, portanto, que o uso de substâncias psicoativas para diferentes fins sempre fez parte das práticas da humanidade e a interrupção do uso não representa uma alternativa viável (MacRae, E. e Gorgulho, M.; 2003).

Com isso, surgiu a redução de danos, política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo (Andrade TM, Friedman SR; 2006). Tal prática surge como uma alternativa ao fenômeno das drogas, visando minimizar danos sociais e à saúde associados ao uso de substâncias psicoativas. Assim, essa política visa diminuir os diversos efeitos que a abstinência promove no usuário tais como mente confusa, problemas de coordenação motora, problema de memória e até mesmo problemas cerebrais graves. Além disso, tal prática busca a socialização dos usuários de

drogas, promovendo o autocuidado através de alternativas para a promoção da saúde e garantia de direitos de cidadão, uma vez que reconhece cada usuário em sua singularidade (Delbon; Da Ros; Ferreira; 2006).

Enquanto a abstinência está articulada com uma proposta de remissão do sintoma e a cura do doente, a proposta de reduzir danos possui como direção a produção de saúde, considerada como produção de regras autônomas de cuidado de si. No caso da redução de danos, a própria abstinência pode ser uma meta a ser alcançada, porém mesmo nesses casos trata-se de uma meta pactuada, e não de uma regra imposta por uma instituição. As regras da redução de danos, mesmo a abstinência, são imanentes à própria experiência e não se exercem de forma coercitiva, enquanto regras transcendentais (Passos, E. e Souza, Tadeu; 2011).

As primeiras medidas do que hoje se conceitua Redução de Danos se deu em 1920 na Inglaterra, ao propor aos usuários de heroína injetável, em regime de internamento, o uso controlado e gradativamente reduzido da droga. Tal prática não teve eficácia, principalmente pela dificuldade de acesso a esse coletivo de usuários. No entanto, em 1940 houve um sucesso relativo quando se optou pela política de substituição de heroína por metadona, substância de ação similar, mas efeito danoso reduzido (Marques e Zaleski; 2011).

Contudo, a política de Redução de Danos foi alvo de preconceito. Muitos não concordavam com essa prática e afirmavam que ela iria facilitar o tráfico e uso, defendendo que a abstinência e a proibição eram os meios mais eficazes de erradicar o consumo de tais substâncias. Isso ganhou ainda mais repercussão quando em 1971 o presidente dos Estados Unidos, Richard Nixon, declarou uma “Guerra às Drogas”, dizendo que os entorpecentes eram o “inimigo número um do país”. Baseada na premissa de um “mundo livre das drogas”, com o objetivo de erradicar o consumo e o tráfico, a política da Guerra às Drogas fez escola na Europa e nas Américas. Mas, mesmo após essas medidas, o consumo de drogas cresceu e o tráfico internacional bateu recorde (Moraes, M. ; 2014).

Em contraponto a “Guerra as drogas”, os países que adotaram a política de redução de danos passaram a ter resultados cada vez mais positivos. Diante de tais parâmetros, após as dificuldades iniciais, frequentemente relacionados a dilemas morais e éticos, a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomendou em 1987, de modo cuidadoso e controlado, a distribuição de seringas, política que se mostrou positiva reduzindo os índices de contaminação por doenças infectocontagiosas inclusive a AIDS.

No cenário brasileiro, a saúde pública, até o início do século XXI, não realizava ações sistemáticas para tratamento e prevenção do uso e abuso de substâncias psicoativas. Contudo, a partir da Lei nº 10.216, do dia 6 de abril de 2001, originária do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, se reafirmaram os princípios e

diretrizes do SUS garantindo-se serviços de saúde mental às pessoas com transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (DELGADO, CORDEIRO, 2011)

No Brasil a primeira experiência com a prática de Redução de Danos se deu em 1989, na cidade de Santos (SP), onde teve início o programa que organiza a troca de seringas com usuários de drogas injetáveis. No início houve uma grande dificuldade da execução desse programa, sendo necessário que leis municipais autorizassem tal estratégia, visto que surgiram problemas legais e sociais que levaram até mesmo a prisão de profissionais da saúde. Os anos se passaram e o êxito no controle de infecções transmissíveis por drogas injetáveis fez com que a estratégia fosse considerada em outras cidades brasileiras como São Paulo, Itajaí, e, em 1º de julho 2005, atingiu todo o Brasil quando o Ministério da Saúde publicou a Portaria número 1028, que institui a Política Nacional de Redução de Danos. (Marques e Zaleski; 2011). Diante de todas as controvérsias, o fato foi comemorado por alguns setores e visto como reservas por outros.

Ainda em 2002, sob a Portaria nº 816/2002, é implementado, no SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas. Esse programa enfatizava a prestação de serviços não hospitalares, articulados em rede, sob abordagem multidisciplinar, direcionados ao apoio das estratégias em redução de danos e acessíveis à comunidade, que deveria se apoderar do controle social. Inicia-se o processo de territorialização na saúde a fim de articular tratamento, prevenção, educação, inclusão social e intersectorialidade entre os serviços e a comunidade (CRUZ, FERREIRA, 2011).

No entanto, o preconceito e o estigma associados ao usuário de drogas e também às ações de redução de danos, decorrentes de uma cultura de combate às drogas, caracterizam a dificuldade de institucionalização das práticas de redução de danos nos serviços públicos enquanto políticas públicas. Com uma omissão histórica da saúde pública, a atenção ao usuário de drogas foi relegada para a justiça, segurança pública e instituições religiosas, o que contribuiu para a disseminação de uma cultura que associa o uso de drogas à criminalidade, promovendo práticas e modelos de exclusão e separação do indivíduo da sociedade. Ao mesmo tempo, observamos a predominância da política de combate às drogas não respondendo de forma eficiente e efetiva aos problemas que podem decorrer deste fenômeno.

A atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil apresenta um histórico de práticas permeadas pela repressão e pelo tratamento moral. O usuário, como citado acima, muitas vezes é associado à criminalidade e comportamentos antissociais e, seguindo tal modelo, os tratamentos optam por exclusão desse cidadão do convívio social (BRASIL, 2005). Isso ocorre porque a ótica utilizada para atenção aos usuários não busca pelo social, mas majoritariamente o vê pela visão

psiquiátrica/médica (Delbon; Da Ros; Ferreira; 2006). Assim, o padrão de tratamento que só inclui os usuários na condição de doentes e tem a abstinência como critério único representa a manutenção de mecanismos de exclusão e estigmatização (Forteski, R. e Gomes, J.; 2013).

Entretanto, a questão das drogas deve ser entendida de maneira ampla, tendo não só a questão da saúde como foco, mas também incluindo os aspectos sociais, políticos e econômicos. Pensar em Redução de Danos é pensar práticas em saúde que considerem a singularidade dos sujeitos, que valorizem sua autonomia e que tracem planos de ação que priorizem sua qualidade de vida (VINADÉ, 2009,). Com isso, a redução de danos deve se basear em uma abordagem isenta de moralismo, devendo ser centrada em um trabalho comunitário que, embora possa propor novos padrões e modos de uso, reconheça a importância da escala de valores do usuário e de seu saber sobre drogas. (MacRae, E. e Gordulho, M.; 2003)

A Saúde da Família (SF) trabalha com a perspectiva da qualidade de vida no território onde a vida acontece. Sendo assim, segundo a Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde, as equipes de SF ocupam um lugar especial nas políticas sobre drogas, pois trabalham nas comunidades, diretamente onde os conflitos da vida cotidiana acontecem, sendo a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). As equipes de Saúde da Família devem se preparar para acolher o usuário de drogas primeiramente desenvolvendo um trabalho pautado no vínculo e na confiança, elementos fundamentais para a adesão ao tratamento. A vulnerabilidade e a marginalidade que acompanham o dependente químico podem tornar-se barreiras intransponíveis se não manejadas com foco no acolhimento.

O cuidado oferecido aos usuários e aos seus familiares apresenta características específicas com relação às demandas sociais que emergem concomitantes com o uso de drogas. Para tanto, conforme Alves (2009), as atividades programadas para este público objetivam a redução da possibilidade de riscos e danos e a reinserção dos usuários em seus núcleos sociais com fins de melhorar sua qualidade de vida. MacRae e Gorgulho (2003) enfatizam a importância de combater a exclusão social dos usuários e de incentivar sua atuação ativa nas discussões tanto das problemáticas conceituais envolvidas quanto na elaboração de planos de ação. Assim, o processo de construção de estratégias mais seguras, adaptáveis e eficazes de autogestão, necessariamente inclui o protagonismo e a emancipação do usuário como conhecedor de si mesmo e do seu território.

A questão que nos interessa, entretanto, diz respeito à extensão dessa política ao campo dos usuários de drogas em geral, sejam injetáveis ou por outras vias de administração, o tipo de droga, as condições clínicas do usuário, o tipo de tratamento (internação ou ambulatorial), além do custo implicado nestas medidas. Visto que,

apesar de ser a política oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), que a considera propositiva, inclusiva e humanista, a sua aceitação pelos profissionais da área não é unânime e ainda sofre bastante preconceito. Sendo que, muitas vezes tal preconceito ocorre devido à falta de conhecimento sobre os conceitos e práticas que a Redução de Danos estimula.

Tal fato pode ocorrer, segundo Marques e Zeleski (2011) e Dualibi, Vieira e Laranjeira (2011), devido a falta de conceitos claros sobre essa política associados a um discurso confuso e ideológico, o que produz mais dificuldades para o seu entendimento do que contribuição para estratégia-la de forma adequada e dirigida aos grupos que possa efetivamente se beneficiar dela.

Assim, a pesquisa visa adquirir um maior conhecimento sobre a política de Redução de Danos a partir da experiência de usuários envolvidos nessa prática, bem como compreender os aspectos humanistas, pragmáticos e ideológicos presentes nesta política a partir do olhar de usuários dos serviços públicos de saúde. E, com isso, fazer com que a política oficial de Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) seja apoiada e utilizada, quando necessária, pela maioria dos profissionais de saúde, contribuindo para a reinserção e bem estar do usuário diante da sociedade.

Acreditamos que a pesquisa não só pode contribuir como igualmente se faz necessária nesse importante campo da drogadicção, implicado em tantos outros, com questões que incluem comportamento, ética, moral, humanismo, leis e regras e principalmente muito sofrimento. Em outros países, como no nosso as políticas públicas vão orientar desde a prevenção a oferta de cuidados, inclusive o orçamento que será destinado, fator primordial no planejamento das ações correspondentes. Sendo assim, nossa proposta é contribuir para esse importante debate tomando como objetivo de investigação a política de Redução de Danos. O que refletem sobre ela os usuários? Qual o seu futuro dentre as políticas dessa área?

## **OBJETIVO**

### **Objetivo Geral**

Pesquisar a política de Redução de Danos a partir da experiência de usuários envolvidos nessa prática.

### **Objetivos específicos**

Compreender os aspectos humanistas presentes nesta política a partir do olhar de usuários dos serviços públicos de saúde.

Compreender os aspectos pragmáticos, ideológicos ou de outra ordem presentes nesta política a partir do olhar de usuários dos serviços públicos de saúde.

## MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa é de natureza qualitativa, utilizamos a abordagem fenomenológica, o que nos permitiu uma atitude compreensiva quanto à experiência de usuários envolvidos na Redução de Danos. A fenomenologia proposta a partir dos estudos de Edmund Husserl (1900) se apoia na “análise compreensiva e não explicativa dos fenômenos” (Laporte & Volpe, 2009, p. 52). O autor considera que a consciência dá sentido aos fenômenos que a ela se desvelam na experiência do homem com as coisas do mundo. Portanto coloca a razão em um segundo momento, uma vez que o primeiro movimento da consciência é dar sentido ao mundo, já que as coisas estabelecem uma relação de sentido para o homem (GADAMER, 2012).

Para Merleau-Ponty (1999) a fenomenologia procura descrever, evitando explicar e analisar os fenômenos. Ela propõe retornar “às coisas mesmas”, pretendendo com isso colocar a importância da experiência vivida em contraposição a um conjunto de conhecimentos apriorísticos que conduziram o homem em sua relação com o mundo.

Importa destacar a importância da intersubjetividade que é fundamental nas pesquisas fenomenológicas. A intersubjetividade corresponde à verdade construída na relação entre os homens em contraposição ao fato do sentido ser construído por cada um em sua própria experiência.

Os sujeitos-participantes foram usuários da área de saúde com experiência na política de Redução de Danos. Foram convidados 10 usuários em caráter voluntário, caracterizando assim uma amostra intencional. A princípio, a quantidade estabelecida visou obter participantes com características diversas para enriquecimento do estudo.

Amostra intencional, proposital ou deliberada é aquela em que os sujeitos que a formam condizem com determinadas características estabelecidas para o estudo pelo pesquisador (Richardson, 1999).

No contato individual com cada um dos que concordaram em participar do presente estudo, o pesquisador solicitou a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os nomes dos participantes foram mantidos em sigilo, portanto todos os nomes foram substituídos por pseudônimos.

A escolha da amostra seguiu os seguintes critérios de inclusão:

a) Ser usuário de drogas, estar ou ter estado em tratamento a partir do ano de 2005, encontrar-se desintoxicado no momento da entrevista, ser maior de idade.

Foi realizada uma entrevista narrativa que, segundo Uwe (2009) permite conhecer de modo amplo o mundo fenomênico do entrevistado. Este tipo de entrevista divide-se em três estágios: 1) a apresentação de uma pergunta gerativa de narrativa, como

estímulo à narrativa; 2) o estágio das investigações mais aprofundadas da narrativa, em que são complementadas as informações fornecidas; 3) o último corresponde ao estágio de equilíbrio, visando obter a condensação dos relatos, buscando assim um significado.

A referida entrevista foi gravada, aberta, individual, com duração média de 30 minutos, e teve início com a coleta dos dados sócio demográficos do participante. A etapa seguinte se iniciou com a seguinte pergunta geradora de narrativa: Como foi para você a experiência com a Redução de Danos?

Outro instrumento utilizado diz respeito ao diário de campo, para registrar as impressões do pesquisador a partir das observações realizadas durante as entrevistas, de como foi afetada no contato com cada participante. Em outras palavras, permitiu registrar as impressões do que foi colhido no momento das entrevistas, possibilitando examinar as reações do pesquisador diante da realidade que está próxima, de buscar um retrato mais afetivo e compreender as experiências dos participantes, a partir da afetação que provoquem no pesquisador a experiência dos entrevistados.

A análise de dados seguiu o método fenomenológico de Amedeo Giorgi (1985). O autor propõe quatro etapas assim caracterizadas:

- 1) Estabelecer o sentido geral – ler todos os dados transcritos para ter conhecimento de todo o conteúdo;
- 2) Determinação das partes - divisão dos dados em unidades de significado – realizar uma nova leitura dos dados, para depois dividi-los em “unidades de significado”, segundo a perspectiva desejada, levando em conta o fenômeno estudado;
- 3) Transformação das unidades de significado em expressões de caráter psicológico – realizar a organização e a enunciação dos dados brutos na linguagem mais direta, levando em conta aqueles mais reveladores do fenômeno em estudo e ;
- 4) Determinação da estrutura geral de significados psicológicos – elaborar a síntese ou o resumo dos resultados para fins de comunicação à comunidade científica (GIORGI e SOUZA, 2010, p.85).

Na confecção do resultado final, consideramos também as anotações do diário de campo e a reflexão teórica à luz da clínica de Redução de Danos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas dez entrevistas, sendo seis homens e quatro mulheres, de idades que variaram entre 18-41 anos. Cerca da metade dos usuários estão em acompanhamento em Caps AD (Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas), em programa do governo e em clínica particular. A outra metade está

vinculada a programas destinados a recuperação de dependentes de álcool e outras drogas que tenham sido submetidos a tratamentos. As entrevistas foram realizadas em diversos lugares: nas instalações de uma clínica particular, em um centro de acolhimento e em um local onde são desenvolvidas atividades como música e teatro. Ainda que saibamos que cada entrevista tem suas particularidades, por observamos semelhanças entre respostas dos diferentes entrevistados, propomos agrupá-las em unidades de sentido mais abrangentes.

Unidade de sentido – Redução de danos: da busca de saúde à recuperação das relações sociais.

Entrevistado 1: “... quando eu usava crack eu era agressivo...” ; “... hoje em dia fico mais tempo com meu filhos, com a minha mulher... a família ta bem melhor.” ; “... da saúde eu tinha 70kg, hoje eu estou com 92kg...” ; “... hoje eu trabalho normalmente, antigamente sempre tinha aquelas faltas ou trabalhar mal por causa da ressaca do crack...” ; “... hoje eu tenho o respeito dos meus amigos, não era aquele respeito de que ele bota a droga então vou respeitar, hoje me respeita só por quem eu sou...”.

Entrevistado 2: “... te faz ter o uso mais consciente do mal que tu está causando para tua própria vida.” ; “... hoje faço parte de um projeto social...”.

Entrevistado 3: “...eu percebi uma melhora que você diminui o gasto do seu dinheiro, você passa a olhar mais pra você, você passa a se conhecer melhor.” ; “... até demais que melhorou [a saúde], porque a gente para de fazer o uso, aí tudo muda, alimentação na hora certa...” ; “... quando a gente está usando o crack a gente troca tudo, trabalho, família, a gente esquece tudo e se dana pelo mundo,..., você já pensa mais diferente, eu tenho filho, tenho casa, tenho roupa, tenho meu trabalho...” ; “... você aprende a ter responsabilidade, aprende a trabalhar, aprender o que é respeitar o direito do próximo...”.

Entrevistado 4: “... com a redução de danos fico mais legal, fico mais sossegado...” ; “...posso namorar...” ; “... a gente não tomava banho, não se cuidava, porque relaxa higienicamente, que é uma redução de danos também a higiene...”.

Entrevistado 5: “...usei o crack durante oito anos, morei cinco anos na rua, não conhecia nada disso...” ; “... com a ajuda das pessoas do programa ganhei um aluguel social e arrumei um trabalho...” ; “... hoje minha família se relaciona bem comigo...” ; “... hoje em dia tenho uma cama boa pra dormir, tenho uma televisão boa pra assistir, tenho um sofazinho, tenho uma televisão, tenho uma geladeira, um fogão, construindo tudo isso devagarzinho, venho organizando a minha vida, que não é fácil a pessoa deixar de um dia para o outro...”.

Entrevistado 6: “...redução de danos não é só a relação com a droga e sim um contexto de vida, relação amorosa, relação com a sociedade... substituir os desejos que a droga traz por uma atividade cultura...” ; “... eu vi a redução de danos naquele momento como uma porta de saída para os problemas que eu tinha...” ; “... me

reconhecer, que pra mim eu poderia ser quem eu fosse, sem ter o uso da droga...” ; “... pude ver que não é a droga que vai deixar que eu possa estudar, que eu tenha uma qualificação, de eu ter um emprego bom, de ter minha casa própria...”.

Entrevistado 9: “... estou vivendo minha vida, trabalhando...” ; “eu estou construindo minha casa, casei, encontrei uma companheira, estou vivendo minha vida...” ; “... meu padrasto, meu irmão, não tinham confiança em mim, deu um vacilo eu pegava coisas na cara dura e ia embora usar drogas,..., hoje em dia entro em casa, pego a bicicleta do meu sobrinho, a moto do meu padrasto, depois devolvo, todo mundo me aceita em uma boa, brinca, gosta da minha companheira também...”.

A princípio, a redução de danos foi sentida pelos usuários como um tratamento. Entretanto, logo ampliaram suas considerações tomando a proposta como um caminho que não cessava apenas com a recuperação da saúde e sim os dirigia para uma restauração do respeito, da dignidade, e das relações sociais baseadas na honestidade e confiança. Em meu diário de campo observei que alguns entrevistados ao se referirem a essa questão se mostravam com muita gratidão, uma vez que a redução de danos fez com que descortinassem novos horizontes em suas vidas.

Unidade de sentido – Redução de danos como implicação no processo de atenção e cuidado de outros usuários e da comunidade.

Entrevistado 1: “... consegui também fazer com que outras pessoas também adotassem esse método...” ; “e a gente esta aí, divulgando também essa redução, fazendo com que mais pessoas conheçam esse método e que melhore sua qualidade de vida...” ; “... jovens que usam ou não usam droga, que aprendem essas técnicas de redução de danos para poder passar para os usuários que estão precisando de ajuda...”.

Entrevistado 2: “... lidando com pessoas a minha comunidade, com pessoas em situação de vulnerabilidade, de rua...”.

Entrevistado 3: “... quem se ajudava eram os usuários mesmo...” ; “... eu como usuária não deixava nenhum usuário ir embora do centro de tratamento...”.

Entrevistado 5: “... a gente fez um espetáculo que foi para usuário mesmo,..., foi onde eu vi que ali estava atingindo aquele público, que a gente estava fazendo com que pessoas que estavam em tratamento podiam parar e pensar que se eu estou conseguindo ele também pode conseguir...”.

Entrevistado 6: “... tinha o interesse muito em saber a prática de redução de danos para ajudar meu marido que usava droga, que é dependente do crack...” ; “eu vi que eu podia trazer aquelas técnicas também, com o crack, na minha comunidade, onde tem um público muito alto usuário de crack e minha família também tinha pessoas usuárias de crack...” ; “...através de estratégia de redução de danos eu pude ajudar muitas pessoas que eu conheço e eu utilizo na minha vida e na vida das pessoas que estão ao redor.” ; “... a gente pode com as técnicas de redução de

danos ajudar aquela pessoa a voltar a ser reconhecido como cidadão de direito...”.

Considerando a redução de danos como um tratamento que implica não só condutas médicas, mas de outra ordem, é possível que a experiência de usuários, mesmo que não profissionais, possam participar ativamente contribuindo para o auxílio de usuários e comunidade. Em meu diário de campo anotei que pessoas que em dado momento de sua vida se sentiam marginalizados, distantes de qualquer critério de inclusão social, tomaram para si como uma verdadeira missão a ajuda e recuperação a outros que passam por situações semelhantes às vividas por eles anteriormente.

Unidade de sentido – Redução de danos: preconceito e tenacidade.

Entrevistado 1: “...na sociedade que a gente vive ainda é muito mal visto essa redução de danos...” ; “... a redução de danos é muito vítima desse preconceito ainda, desse estigma...” ; “Sim, eu percebi diretamente com a minha pessoa [o preconceito], usuária do serviço, no caps, no cptra, que eu falei de redução de danos,..., aí o profissional que me atendeu foi até ignorante de dizer que não, porque isso aí é uma desculpa, que você vai continuar usando a droga...”.

Entrevistado 5: “...porque nem toda gente confia no usuário de droga, usuário de droga para muita gente é ladrão, é traficante, é tudo que não presta, mas não é assim não, eu acho que isso tudo é uma doença, uma dependência,..., a sociedade ainda é muito preconceituosa, até minha família mesmo que não tinha muitas informações sobre isso...”.

Entrevistado 6: “ existe muito [preconceito], muitas pessoas preconceituosas mesmo, eu acho que isso vem mais daquelas que estão muito focadas na literatura, mas o que vem na realidade é a prática, o que vem dizer é o que a gente faz, o que a gente vive...” ; “... ontem eu encontrei uma pessoa que vai trabalhar com redução de danos que não acredita na redução de danos...”.

Entrevistado 10: “... eu me senti discriminado, por ser o mais coitado, o mais pobre, o que está mais debilitado, mais fraco em tudo, aí eu me senti constrangido,..., eu sofri [constrangimento] até pela própria administração...”.

Os entrevistados apontam de maneira bastante enfática o preconceito dirigido a eles e, por extensão, à redução de danos, uma vez que essa perspectiva pretende dar voz a essas pessoas. A extensão desse fenômeno é bastante ampla, de usuário a usuário, de profissional a usuário, de profissional a profissional, de familiares, enfim, da sociedade como um todo. Em meu diário de campo, observei que a política de redução de danos me surpreendeu pela sua tenacidade, uma vez que encontra muitos opositores. Preocupou-me o fato de profissionais responsáveis por essa política não a aceitarem totalmente. Estariam transmitindo uma dupla mensagem?

Unidade de sentido – Redução de danos e profissionalização.

Entrevistado 1: “... eu me tornei educador social, fui trabalhar em uma unidade

de acolhimento...” ; “ hoje em dia eu trabalho na secretaria de enfrentamento ao crack e outras drogas,..., dou aulas nas escolas sobre esse tema...”.

Entrevistado 6: “ ... fui me entregando mesmo a profissão de redução de danos... fui me capacitando a cada dia, com interesse...” ; “... que eu trabalho, atuo como redutora de danos, hoje eu sou educadora social...”.

A busca de tratamento levou alguns usuários a uma forte identificação com o programa. O estabelecimento de vínculos profundos não só foi importante para o tratamento como deu novo sentido profissional a essas pessoas. Destacamos, ainda, que a responsabilidade que essas pessoas assumiram com o tratamento de outras terminou por reforçar nelas próprias condutas saudáveis. Em meu diário de campo observei que os usuários tinham um grande conhecimento sobre a temática, além disso, falavam com muita alegria e satisfação da importância do trabalho que desenvolviam.

Unidade de sentido – Redução de danos: uma política em evolução.

Entrevistado 1: “... o bom é divulgar mais, implantar mais essa metodologia, abrir mais casas de não tratamento e sim de orientação para o usuário de droga que queira uma melhora,..., criar novas políticas que aborde mais esse tema, e que a turma que não faz parte do uso que respeite essa redução de danos...” ; “ Mais informação, uma forma de mostrar mais esse serviço para a sociedade, até para os usuários que não conhecem a rede,..., e que essa informação seja passada de uma forma constante,..., começar a divulgar o caps, divulgar os órgãos que trabalham para esse fim,..., que surjam mais lugares com cursos de redução de danos,..., e que essa notícia se espalhe para o Brasil todo, para que todo mundo passe a ser um multiplicador de prevenção da redução de danos, para melhorar esse respeito as pessoas, e integrar e não afastar, porque quando você critica você só tende a afastar mais aquela pessoa do convívio social e é o que menos ela precisa, ela precisa ser escutada, ser acolhida, e que a vontade dela seja cumprida...”.

Entrevistado 3: “Que pode ser melhorado, pessoas trabalhar com amor e com o coração, saber com o que está trabalhando, com quem está trabalhando, porque tem muita gente que pensa que está trabalhando com bicho...”.

Entrevistado 5: “... precisa de mais oportunidades para os usuários de droga, mais tratamento...”.

Entrevistado 6: “... acho que deveria mais é aumentar a capacitação e a qualificação dos profissionais que trabalham com redução de danos...” ; “... tem vários equipamentos desqualificados, o Cepop, o Caps, o consultório de rua, o centro da juventude, tudo defasado e se acabando aos poucos...”.

Entrevistado 7: “... eu acho que aqui, trazendo para a nossa realidade, a gente está muito longe ainda de uma mentalidade, de uma estrutura, de funcionamento que realmente isso dê resultado...”.

Observamos nas respostas que os entrevistados julgam necessário dar a conhecer melhor o trabalho da redução de danos, através de uma maior divulgação, esclarecimento das suas premissas e de sua importância como política pública. Operacionalmente implicaria em não só dar informações a sociedade, mas estruturar melhor os lugares de tratamento e preparar melhor os profissionais, assim como a luta contra o preconceito aos usuários de álcool e drogas. Em meu diário de campo chamei a atenção para o fato de uma política pública sofrer tamanho desconhecimento, o que certamente gera preconceitos. Os próprios usuários não a conheciam até entrar em contato através do tratamento.

Antes de entrarmos nas considerações finais, gostaríamos de fazer alguns comentários. Dois de nossos entrevistados se mostraram frontalmente contra esta política, entre seus argumentos estaria a incapacidade de controle sobre a dependência em se tratando de um consumidor compulsivo. Seriam muitos os fatores que interferem no uso de drogas, impossíveis de serem controlados por qualquer forma de tratamento. Comentam que causas orgânicas tais como a de ordem genética levaria a um fracasso em algumas das estratégias da redução de danos, uma vez que a dependência está caracterizada como doença incurável cujo único tratamento seria a abstinência. Um dos entrevistados comenta que a redução de danos, na verdade não tem critérios e nem estratégias. Certamente, os nossos outros entrevistados não concordam com tal afirmação. Acreditam que muitas estratégias poderiam ser consideradas: substituição de uma droga por outra, atividades recreativas como música, teatro e canto, atividades esportivas, vida profissional e cuidados com a família. Salientam, ainda, a importância do envolvimento com o tratamento desde os primeiros passos, como uma escolha voluntária e profunda.

Respondendo a indagação do título do nosso projeto, penso que a clientela toma essa política como humanismo e um pragmatismo. Humanismo pela capacidade que a política apresenta de recuperar a confiança, a dignidade, estabelecer vínculos e ampliar as possibilidades existenciais. Pragmatismo pelo desenvolvimento de estratégias que, embora diversas, são claras e se destinam a manter-se implicado e envolvido em atividades que possam substituir o vazio da droga.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de Redução de Danos já passou por muitas dificuldades desde suas primeiras experiências até os dias atuais, onde atua na perspectiva transdisciplinar de saúde, cultura, educação, assistência social, trabalho e renda, visando a garantia da saúde e dos direitos.

Ao término deste trabalho percebo que também tinha preconceitos. Julgava que os usuários pouco soubessem sobre a política de redução danos, no entanto, a

maioria não só conhece como também foi capaz de fazer reflexões muito profundas a respeito do tema. Acredito que a aceitação quase incondicional da redução de danos pelos usuários se deve a possibilidade de uma postura mais ativa diante do tratamento. O acolhimento e a compreensão nas dificuldades de manter a abstinência também me pareceram aspectos extremamente relevantes.

Quanto à pergunta do título do nosso projeto, creio que os usuários veem a redução de danos como uma política humanista, devido aos aspectos positivos que tal política trouxe para sua saúde e convivência social, bem como da restauração de sua autoestima e dignidade, e pragmática pelo desenvolvimento de diversas estratégias que adotadas a fim de minimizar os prejuízos causados pelo uso da droga.

Por fim, observamos que a redução de danos ainda é pouco conhecida pela sociedade como um todo, assim, é essencial que haja uma maior divulgação e promoção ao conhecimento sobre tal política, não só para os usuários do serviço e profissionais de saúde, mas sim para toda a sociedade.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos as bolsas de Iniciação Científica concedidas pela UNICAP-FASA e CNPq – UNICAP, que permitiram a realização desse trabalho.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE TM, FRIEDMAN SR. Princípios e práticas de redução de danos: interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber. In: Silveira DX, Moreira FG, organizadores. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu; 2006. p.395-400.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e AIDS. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Política Nacional sobre Drogas/Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2005.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.) Tratamentos farmacológicos para *dependência química*: da evidência científica à prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DUAILIBI, S.; VIEIRA, D. L.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas para o controle de álcool, tabaco e drogas ilícitas. In: A. DIEHL; D. C. CORDEIRO; R. LARANJEIRA (Orgs.). *Dependência Química*: prevenção, tratamento e políticas públicas, 2011.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J. ; COOK, C. C. H. O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 1999.

GADAMER, H.G. *Hegel, Husserl e Heidegger*. Tradução de Marco Antonio Casanova. Petrópolis: Vozes, 2012.

- GADAMER, H.G. *Hegel, Husserl e Heidegger*. Tradução de Marco Antonio Casanova. Petrópolis: Vozes, 2012.
- GADAMER, HG. *Verdade e Método*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1997.
- GIORGI, A.; SOUSA, D. *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa: Fim de século, 2012.
- INGLEZ-DIAS, A.; RIBEIRO, J.M. BASTOS, F. I. ; PAGE, K. Política de redução de danos no Brasil, contribuições de um programa norte-americano. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.19, n.1, 2014, pp. 147-158.
- JUNGES, J. R.; ZOBOLI, E. L. C. P.; PATUSSI, M. P.; SCHAEFER, R.; DELLA NORA, C. R. Construção e validação do instrumento “Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde”. *Revista Bioética*. Brasília, v.22, n.2, 2014, pp.309-317.
- Jornal Brasileiro de Psiquiatria. vol. 52, set-out 2003, pp. 371-374.
- LAPORTE, A.M.A.; VOLPE, N. *Existencialismo: uma reflexão antropológica e política a partir de Heidegger e Sartre*. Curitiba: Juruá, 2009.
- LA TAILLE, I. Moral e ética: uma leitura psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, v. 26, n.1, 2010, pp.105-114.
- LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista Katálisis*. Florianópolis, v. 10, 2007, p. 37-45.
- MARQUES, A. C. P. R.; ZALESKI, M. Redução de danos: é possível utilizar essa estratégia terapêutica no Brasil? In: A. DIEHL; D. C. CORDEIRO; R. LARANJEIRA (Orgs.). *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*, 2011.
- MELCOP, A. G. T. Vamos parar por aqui? Os desafios da abordagem de redução de danos nas violências no trânsito. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição*, 1. ed. Brasília: Editora MS, 2004.
- MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.
- PASSOS, E. H. e SOUZA, T. P. ; *Psicol. Soc.* vol.23 no.1 Florianópolis Jan./Apr. 2011.
- RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. *O Alcoolismo Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- Rev. Saúde Públ. Santa Cat.*, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 78-91, abr./jun. 2013.
- RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. O tratamento do usuário de crack. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- RICHARSON, R.J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1999.
- SANTOS, V. E.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S.. A produção científica internacional sobre redução de danos: uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas (Ed. port.)*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, abr. 2012. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762012000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000100007&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 02 nov. 2014.

UWE, F. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

VIDAL, S. V.; MOTTA, L. C. S.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA. Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. *Revista Bioética*. Brasília, v.22, n.2, 2014, pp.347-357.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Abelhas-indígenas 98, 99, 100, 101, 102, 108, 109  
Agrotóxicos 52, 53, 54, 55, 56, 61, 63, 65  
Alimentos 16, 17, 20, 22, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97  
Amblioma 47  
Amplitude de movimento 23, 24, 25, 28, 29, 33  
Anomalias 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65  
Antifúngicos 2, 11  
Artrite reumatoide 67, 68, 69, 70, 72

### B

Biomarcador inflamatório 111

### C

Candidíase 98, 99, 110  
Cardiopatia 57, 59, 64, 65  
Compostos antinutricionais 15, 16  
Comunidade escolar 15, 16, 17, 18, 20, 22  
Corismato sintase 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11

### D

Danos 9, 10, 15, 22, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 123  
Doença cardiovascular 111, 112  
Doença renal crônica 111, 112, 114  
Doenças transmitidas por alimentos 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97

### E

Emergência 52, 53, 54, 70  
Epidemiologia 13, 55, 57, 65, 66, 68  
Estudo transversal 23, 26, 52, 54, 71

### F

Febre maculosa 46, 47, 49, 50, 51

### H

Habilidades funcionais 23, 24, 26, 30, 31, 33  
Hemodiálise 111, 112, 113, 115  
Hortaliças 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 94, 95, 97

### I

Inibidor seletivo da receptação de serotonina 37

Inovação 4, 98, 99, 108, 133  
Intoxicação 17, 52, 53, 54, 55, 56, 90

## **J**

Joelho 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34

## **L**

Leishmania 116, 117, 118, 119, 120  
Leishmanioses 116, 117  
Linfócito 111, 114

## **M**

Malformações 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66  
Manipulação 37, 39, 40, 41, 43, 44  
Mel 99, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109

## **N**

Nascidos vivos 57, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66  
Neutrófilo 111, 114  
Nordeste 61, 65, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 133

## **O**

Oxalato de cálcio 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

## **P**

Paracoccidioidomicose 1, 2, 13, 14  
Participação popular 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130  
PCR em tempo real 116, 118, 120  
Política 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 82, 83, 84, 85, 86, 121, 122, 130, 131, 132  
Políticas públicas 57, 64, 75, 77, 85, 86, 121, 123, 127, 128, 129  
Princípio ativo 36, 37, 40, 41, 42, 43, 44  
Profissionais de saúde 77, 85, 121, 124, 130

## **R**

Rickettsia 46, 47, 51

## **S**

Sabonete íntimo 98, 99, 102, 104, 109  
Sistema circulatório 57, 59, 60, 61, 62, 63, 64

## **U**

Urgência 52, 53, 54

 **Atena**  
Editora

**2 0 2 0**