



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE**

ADRIANA MARIA GURGEL MAIA

**CRACK E ADOLESCENTES: ANÁLISE DO CONHECIMENTO DOS
TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA**

FORTALEZA-CEARÁ

2015

ADRIANA MARIA GURGEL MAIA

CRACK E ADOLESCENTES:
ANÁLISE DO CONHECIMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA
ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientador: Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto.

FORTALEZA-CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Maia, Adriana Maria Gurgel.

Crack e adolescentes: análise do conhecimento dos trabalhadores de saúde da atenção básica [recurso eletrônico] / Adriana Maria Gurgel Maia. - 2015.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 133 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2015.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientação: Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto.

1. Atenção Primária a Saúde. 2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Trabalhadores de Saúde da Atenção Básica. 4. Agentes Comunitários de Saúde. 5. Crack e Outras Drogas. I. Título.

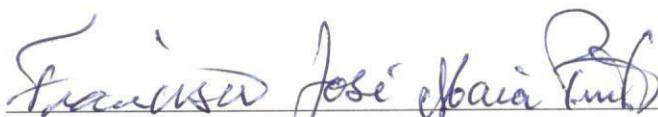
ADRIANA MARIA GURGEL MAIA

CRACK E ADOLESCENTES:
ANÁLISE DO CONHECIMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA
ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde da
Criança e do Adolescente da Universidade
Estadual do Ceará como requisito parcial
para obtenção do Grau de Mestre.

Aprovada em 20/11/2015

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto- Orientador
Universidade Estadual do Ceará



Prof.^a Dr.^a Thereza Maria Magalhães Moreira
Universidade Estadual do Ceará



Prof.^a Dr.^a Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida
Escola de Saúde Pública

DEDICATÓRIA

À minha mãe Helena, às minhas filhas Amanda e Fernanda e ao meu esposo Fernando, que sempre estiveram comigo e me ajudaram a chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela experiência de fé.

Ao Fernando, meu esposo, pelo companheirismo e tempo empenhados. Seu apoio e dedicação aos meus projetos são declarações de amor para mim.

À Amanda, à Fernanda e ao Manoel, minhas filhas e genro. Vocês são preciosos. Obrigada pelas palavras de estímulo e apoio incondicional.

Ao meu pai, Erasmo (*in memoriam*).

À minha mãe, Helena, que sempre investiu na minha formação.

À minha irmã, também Helena (*in memoriam*). Seu bom combate me inspira até hoje.

À Edilma Ferreira de Sousa, nossa ajudadora do lar. Por compartilhar a vida da sua comunidade.

Ao meu querido orientador Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto. Obrigada pelo acolhimento para comigo, pela dedicação e o empenho com esta pesquisa. Seu entusiasmo com o ensino o torna um mestre diferenciado.

À Prof.^a Dr.^a Ana Waleska Siebra e Silva e Prof.^a Dr.^a Ilvana Lima Verde, coordenadora e vice-coordenadora do Curso Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente. Obrigada por se fazerem presentes quando precisei de direção. Cada uma há seu tempo, fez parte dessa trajetória feliz.

À Prof.^a Dr.^a Thereza Maria Magalhães Moreira pela lucidez e profissionalismo.

À minha amiga Tereza Cristina Apoliano Homsí, por me incentivar desde o início.

À Vera Regina Apoliano Ribeiro. Obrigada por sua presença constante, seu estímulo e seu zelo com esta pesquisa. As palavras não cabem para lhe agradecer. O tempo e a amizade falam por si mesmos.

À Waleska Leite. Obrigada por sua tenacidade, paciência e obstinação na coleta e organização dos dados.

À Rafaela Noronha, minha preciosa colega de trabalho. Sou-lhe muito grata por toda a ajuda logística, por sua presteza e, principalmente, por sua refinada sensibilidade.

À Raquel Sampaio Florêncio, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da UECE. Por seu primoroso trabalho de apoio técnico na análise dos dados desta pesquisa.

A todos os professores que lecionaram no Curso Mestrado Profissional Saúde da Criança e do Adolescente (CMPSCA). Sem dúvida, vocês somaram conhecimento.

À Universidade Estadual do Ceará (UECE), na figura do Magnífico Reitor Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio. Pela dedicação em tornar o ambiente de ensino um lugar de crescimento.

Aos colegas da 8ª turma do CMPSCA. Minha gratidão a cada um que tive o prazer de conhecer e conviver.

Às secretárias do CPMSCA, Iara e Mary Anne. Por serem grandes facilitadoras.

À Prefeitura Municipal de Fortaleza, que me permitiu coletar os dados junto às Unidades Básicas de Saúde.

A todos os trabalhadores da Atenção Básica que participaram da pesquisa.

MAIA, A.M. G. *Crack e adolescentes: análise do conhecimento dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica*. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

RESUMO

Esta investigação tem como objetivo geral a análise do conhecimento dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica sobre o uso de *crack* por adolescentes, na cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. Por meio de amostragem estratificada, a pesquisa foi realizada junto aos trabalhadores de saúde que atuam nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) vinculadas à Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF). Os dados foram analisados por meio da utilização de ferramentas estatísticas e adoção de técnicas descritivas e inferenciais com base em dois níveis de estratificação: i) Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e ii) Outros profissionais (médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde oral). Os resultados do estudo confirmam a necessidade de capacitação dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica em relação ao tema *crack* e adolescentes, porquanto: i) os trabalhadores de saúde da Atenção Básica apresentam conhecimento insatisfatório sobre a problemática do *crack* e adolescentes; ii) os trabalhadores de saúde tipificados como “Outros” (médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde oral) apresentam deficiência importante no conhecimento sobre o tema; iii) os trabalhadores categorizados como “Outros” receberam menos capacitação sobre o tema quando comparados com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e iv) os trabalhadores de saúde que ainda detêm algum conhecimento sobre o tema são, na sua maior parte, os ACS do sexo masculino. Ainda visando contribuir com elementos teórico-práticos para a capacitação desses profissionais, o trabalho também sugere: i) a utilização do DUSI-R como um instrumento que auxilia no conhecimento da situação de crianças e adolescentes no envolvimento com o *crack*; e ii) a inserção do conteúdo “Conversando sobre álcool e outras drogas” na Caderneta de Saúde do Adolescente, potencializando o uso desse recurso na educação dos adolescentes em relação ao tema.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Trabalhadores de Saúde da Atenção Básica; Agentes Comunitários de Saúde; *Crack* e Outras Drogas; Crianças e Adolescentes.

MAIA, A. M. G. *Crack* and adolescents: analysis of knowledge among health workers of Primary Care. Dissertation (Professional Master's course in Child and Adolescent) – State University of Ceará, Fortaleza, 2015.

ABSTRACT

This research has as main objective to analyze the knowledge of health workers in primary care about *crack* use by teenagers in the city of Fortaleza, Ceará state capital. Through stratified sampling, the survey was conducted with health workers who work in Primary Health Care Units (UAP) linked to the Municipality of Fortaleza (PMF). Data were analyzed by using statistical tools and adoption of descriptive and inferential techniques based on two stratification levels: i) Community Health Agents (ACS); and ii) other professionals (doctors, dentists, nurses, nursing assistants and oral health assistants). The study results confirm the need for training of health workers in primary care in relation to the theme *crack* and adolescents, because: i) health workers of Primary Care have little knowledge of the problem of *crack* and adolescents; ii) health workers typified as "Other" (doctors, dentists, nurses, nursing assistant's oral health assistants) have an important lack of knowledge on the subject; iii) workers categorized as "Other" received less training on the subject when compared to Community Health Agents (ACS); and iv) the health workers who still hold some knowledge on the subject are, for the most part, the ACS male. Aiming still contribute theoretical and practical elements for the training of these professionals, the work also suggests: i) the use of DUSI-R as an instrument to help in the understanding of the situation of children and adolescents in engagement with the *crack*; and ii) the inclusion of content "Talking about alcohol and other drugs" in Adolescent Health Handbook, enhancing the use of this resource in the education of adolescents in this regard.

Keywords: Primary Health Care, Family Health Strategy, Health Workers of primary care, community health agents, *Crack* and Other Drugs, Children and Adolescents.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMTEPA	Associação Mário Tannhauser de Ensino, Pesquisa e Assistência
AMTEPA	Associação Mário Tannhauser de Ensino, Pesquisa e Assistência
ASB	Auxiliares de Saúde Bucal
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEAD	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIRD	Centro Integrado de Referência sobre Drogas
CMPSCA	Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente
CNM	Confederação Nacional dos Municípios
COMAD	Conselhos Municipais de Políticas sobre Drogas
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CPDrogas	Coordenadoria de Políticas sobre Drogas da Prefeitura de Fortaleza
CRACK	Cloridrato de Cocaína
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CRD	Centros de Referência sobre Drogas (
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DEGES	Departamento de Gestão da Educação
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Equipes de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
IB	Intervenção Breve
IBM	Intervenção Breve Motivacional
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

PACS	Agentes Comunitários de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAEFI	Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos
PAIF	Proteção e Atendimento Integral à Família
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informações de Atenção Básica
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TUS	Transtornos por uso de Substâncias Psicoativas
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
UAI	Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPAs	Unidades de Pronto-Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico1	Escolaridade de profissionais da ESF de Fortaleza, Ceará, Brasil. 2015.....	74
Gráfico2	Distribuição percentual das categorias profissionais da ESF de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.....	74
Gráfico3	Distribuição percentual dos trabalhadores segundo as questões do conhecimento empírico dos trabalhadores da ESF sobre o <i>crack</i> . Fortaleza, Ceará, 2015.....	75
Gráfico4	Distribuição percentual dos trabalhadores segundo as questões referentes ao conhecimento técnico (efeitos do uso do <i>crack</i>) dos trabalhadores da ESF sobre o <i>crack</i> . Fortaleza, Ceará, 2015.....	76
Gráfico5	Distribuição percentual dos trabalhadores segundo as questões referentes ao conhecimento técnico (capacidade de enfrentamento) dos trabalhadores da ESF sobre o <i>crack</i> . Fortaleza, Ceará, 2015.....	77
Gráfico6	Distribuição percentual das categorias profissionais da ESF, segundo capacitação sobre <i>crack</i> . Fortaleza, Ceará, 2015.....	78
Gráfico7	Distribuição percentual dos trabalhadores segundo questões referentes à relevância atribuída à problemática. Fortaleza, Ceará, 2015.....	79
Gráfico8	Conhecimento geral, empírico e técnico dos profissionais da ESF sobre o <i>crack</i> . Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.....	80
Gráfico 9	Distribuição percentual das categorias profissionais da ESF, segundo capacitação sobre <i>crack</i> . Fortaleza, Ceará, 2015.....	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Questões referentes a cada categoria de composição dos desfechos. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.....	65
Quadro 2	Fatores associados ao conhecimento de trabalhadores da ESF sobre o <i>crack</i> . Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.....	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas e socioeconômicas de profissionais da ESF de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.....	72
Tabela 2	Comparação de médias do conhecimento geral, técnico e empírico segundo categoria profissional. Fortaleza, Ceará, 2015	80
Tabela 3	Comparação de médias do conhecimento geral, técnico e empírico segundo estratificação da categoria profissional. Fortaleza, Ceará, 2015.....	81
Tabela 4	Relação entre conhecimento geral sobre o <i>crack</i> e características sociodemográficas e socioeconômicas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.....	82
Tabela 5	Relação entre conhecimento empírico sobre o <i>crack</i> e características sociodemográficas e socioeconômicas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.....	83
Tabela 6	Relação entre conhecimento técnico sobre o <i>crack</i> e características sociodemográficas e socioeconômicas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.....	84
Tabela 7	Razão de chance de variáveis sociodemográficas e socioeconômicas em relação ao conhecimento sobre o <i>crack</i> . Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.....	86
Tabela 8	Regressão logística simples (método retroceder: Wald) das variáveis relacionadas ao conhecimento sobre o <i>crack</i> . Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.....	88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Levantamento cidades com conselho antidrogas.....	32
Figura 2	Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	35
Figura 3	Componentes e pontos de atenção da RAPS.....	36
Figura 4	Secretarias Regionais de Fortaleza.....	61
Figura 5	Bairros e Secretarias Regionais de Fortaleza.....	61
Figura 6	Tamanho das populações e amostras estratificadas, conforme os trabalhadores, regionais e as maiores UAPS de Fortaleza, Ceará, 2014.....	64

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1	USO DO <i>CRACK</i> POR ADOLESCENTES.....	20
2.2	ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO USO DE <i>CRACK</i> E OUTRAS DROGAS.....	26
2.3	TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA: INTERFACE COM <i>CRACK</i> E ADOLESCENTES.....	40
2.4	CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO CONTINUADA NO ENFRENTAMENTO DO USO DE <i>CRACK</i> E OUTRAS DROGAS PARA OS TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA.....	45
2.5	DUSI (<i>DRUG USE SCREENING INVENTORY</i>) E CADERNETA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	52
3	OBJETIVOS	57
3.1	GERAL.....	57
3.2	ESPECÍFICOS.....	57
4	MÉTODO	59
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	59
4.2	LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA.....	60
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	62
4.4	VARIÁVEIS.....	65
4.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	68
4.6	TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS.....	69
4.7	QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS.....	70
5	RESULTADOS	72
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	92
7	CONCLUSÕES	106
	REFERÊNCIAS	109
	APÊNDICES	120
	ANEXOS	129

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A problemática do consumo de drogas ilícitas em nível global é crescente e acontece, principalmente, em países emergentes. Muitos fatores contribuíram para o incremento desse problema que, nas duas últimas décadas, assumiu proporções preocupantes. Uma delas foi o incrível aumento da produção, distribuição e comercialização, tornando os preços dessas substâncias acessíveis, sobretudo aos consumidores adolescentes. Com o aumento vertiginoso do consumo, o comércio de drogas tornou-se a segunda fonte de renda do planeta – só ficando atrás da indústria de armamento (OUTEIRAL, 2008). Nesse contexto, o uso do *crack*, substância derivada da cocaína que se apresenta para consumo pelo fumo, assume importância.

O *crack* nada mais é do que a cocaína em pó, adicionada de água e bicarbonato de sódio. Essa mistura é aquecida até a água evaporar, e o produto final consiste de pedras de cocaína. O nome “*crack*” vem de uma palavra inglesa que descreve o som produzido durante o processo de aquecimento da droga na hora de fumar (LARANJEIRA; JUNGGERMAN; DUNN, 2012).

Um dado preocupante que emerge das pesquisas abordando o consumo de drogas é o crescimento do uso dessas substâncias entre os adolescentes e jovens, comprometendo os laços afetivos e familiares, o desempenho laboral, a expectativa de vida útil, as relações na comunidade e a própria saúde dessas pessoas, incluindo o aumento da disseminação do vírus HIV (BRASIL, 1998). Tais questões são queixas comuns no atendimento em saúde na Atenção Básica.

No Brasil, a Atenção Básica à Saúde (ABS) foi construída ao longo das quatro últimas décadas e ganhou contornos específicos (GIL, 2006). O Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) surgiu em 1991 e, em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF). Estes dois programas ganharam impulso rapidamente, principalmente, com a publicação da Norma Operacional Básica 01/96-NOB-96 (BRASIL, 1997) e do Plano de Metas para o PSF, lançado em 1997. Desde então, o PSF tem se tornado a estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde na busca da reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 2006).

Os trabalhadores de saúde da Atenção Básica são atores fundamentais na assistência aos adolescentes e suas famílias. Desse modo, é importante a avaliação do cuidado prestado por esses profissionais à sociedade.

Carvalho e Ceccim (2012) afirmam que para ser um profissional de saúde há necessidade do conhecimento científico e tecnológico, mas também de conhecimento de natureza humanística e social relativo ao processo de cuidar, de desenvolver projetos terapêuticos singulares, de formular e avaliar políticas e de coordenar e conduzir sistemas e serviços de saúde. Em outras palavras, um profissional de saúde não pode ter em vista sua projeção técnica ou científica senão na relação de assistir ao outro em suas necessidades (é isto o que quer dizer exercer a clínica) e numa relação ética com a vida (pertencer ao *socius* em que uma prática existe como profissão).

Quinderé e Jorge (2013) consideram que as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e as Equipes de Saúde da Família (ESF) precisam incorporar em seu modelo de atendimento as atividades de prevenção e promoção em saúde mental, por se constituírem as portas de entrada da população ao serviço público.

Muitos estudos revelam que o uso de drogas continua sendo um fenômeno alarmante em nível mundial. A Organização das Nações Unidas (ONU) estima que de 167 a 315 milhões de pessoas na faixa etária de 15 a 64 anos, que corresponde de 3,6 a 6,9 % da população adulta em todo o mundo, usaram algum tipo de droga ilícita, em 2010, acarretando problemas para esses usuários, desde a dependência até a aquisição de doenças (UNODC, 2013).

Os dados analisados pelo Relatório Brasileiro sobre Drogas documentam, de forma indubitável, o impacto que o uso abusivo de substâncias psicoativas acarretam áreas relevantes da realidade brasileira, como são a saúde e o trabalho, com repercussões para a sociedade como um todo, reforçando a necessidade de iniciativas dirigidas para a uma política que contemple amplamente as questões relativas ao consumo de drogas, bem como a prevenção e o tratamento dos problemas relacionados ao uso abusivo dessas substâncias (BRASIL, 2009).

A maior pesquisa mundial feita sobre consumo de *crack* e derivados no Brasil, realizada nas 26 capitais e no Distrito Federal, em 2012, aponta que temos um contingente estimado de 370.000 usuários da droga. Destes, 14% é menor de idade, o que representa cerca de 50 mil crianças e adolescentes fazendo uso dessa substância nesses centros urbanos. A pesquisa revelou, ainda, que, desse total, aproximadamente 28.000 estão no Nordeste brasileiro, ou seja, 56% do total de usuários encontram-se na faixa etária abaixo de 18 anos e concentrados nas áreas economicamente mais pobres do País (FIOCRUZ, 2013).

Em relação à Fortaleza, capital do Estado do Ceará, a cidade desponta como a segunda capital do País em número de estudantes do 9º ano do ensino fundamental que afirmam ter usado o *crack* dez ou mais vezes, com um índice de 3,8% entre alunos das escolas públicas e privadas (IPECE, 2012).

Cuidar da criança, do adolescente e de suas famílias sempre foi uma premissa de minha atividade enquanto médica. Existe em mim uma grande inquietação no sentido de aprender e educar em saúde. Muito me atrai o valor da promoção da saúde humana, principalmente, a saúde mental.

Trabalhando na Atenção Básica de Saúde há quase duas décadas, comecei a perceber o número crescente de crianças e adolescentes usuários de *crack*. É frequente me deparar com mães, avós, tias, irmãs (na sua maior parte são mulheres, de fato!) relatando histórias de familiares cada vez mais envolvidos com o uso abusivo dessa substância psicoativa.

A partir da escuta reflexiva de pessoas que trazem suas dores decorrentes do convívio com adolescentes e jovens usuários de *crack*, senti a necessidade de ser capacitada em torno do tema, tanto do ponto de vista técnico quanto humanístico, visando compreender mais esse universo tão complexo e desafiador.

Nesse sentido, esta pesquisa, que busca avaliar o conhecimento dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica sobre o uso de *crack* por adolescentes, veio ao encontro do atual cenário epidemiológico do *crack*, especificamente, bem como das minhas necessidades enquanto pediatra e cidadã em contribuir, dealguma

forma, com um mundo melhor, auxiliando referidos profissionais a estarem mais preparados para o enfrentamento do problema nas suas atividades laborais.

A hipótese adotada é a de que os trabalhadores de saúde da Atenção Básica de Fortaleza necessitam ser capacitados sobre o tema *crack* e adolescentes.

REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 USO DO CRACK POR ADOLESCENTES

Sabe-se que a adolescência é uma fase da vida onde o indivíduo apresenta-se ávido por experiências e situações novas. Assim sendo, esse grupo, é, certamente, mais vulnerável ao consumo abusivo de substâncias psicoativas.

Durante muito tempo no Brasil, a maconha (*canabis sativa*) se constituiu como a substância mais consumida, ocupando de forma solitária o *ranking* na iniciação ao uso de substâncias ilícitas. O que se observa, na prática, ao longo das últimas décadas, é que esse perfil de “batismo” vem sofrendo mudanças e trazendo junto o *crack*. Por ser barato (custo em média de três a cinco reais, dependendo do grau de pureza), de fácil acesso (encontrado em pontos de venda nas comunidades) e fácil manuseio (fumado em cachimbos ou latas improvisadas para inalação), além de fazer parte do narcotráfico como atividade profissional de algumas famílias, é crescente o número de crianças e jovens apresentados à droga na sua mais tenra idade.

Em se comparando as duas substâncias, maconha e *crack*, sabemos dos efeitos mais rápidos e mais devastadores desta última. Pela própria natureza da substância e o modo como é consumida por meio da inalação, pode-se inferir quão destruidor é o consumo e abuso do Cloridrato de Cocaína (*CRACK*), principalmente quando utilizado por organismos ainda em franca formação.

A cocaína advém da folha de coca, arbusto originado das regiões dos Andes e tendo a Bolívia, Peru e Colômbia como seus principais produtores. As folhas de coca já eram consumidas pelos nativos dessas regiões antes do século XVI. No século XIX, a planta foi levada para Europa, onde se identificou a substância psicoativa que se denominou cocaína. São utilizados processos químicos para separar a cocaína da folha seca de coca. Gera-se um pó branco, denominado de cloridrato de cocaína. Junto à pasta base da cocaína são adicionados éter, acetona e bicarbonato de sódio, produzindo, assim, o *crack*, substância de caráter volátil na presença do calor (SENAD, 2013).

Os efeitos de cheirar cocaína em pó e de fumar *crack* são parecidos, mas os da pedra são mais rápidos e intensos. Primeiro, porque qualquer droga faz efeito mais rápido quando utiliza o pulmão, dada a grande área de absorção, quando comparada com a mucosa nasal. Depois, porque a molécula de cocaína neutra do *crack* (COC⁰) entra mais facilmente no cérebro, atingindo-o de seis a oito segundos após o início de sua utilização. A euforia chega e se vai de uma vez, deixando o usuário fissurado por outra dose, o que faz o *crack* ainda mais viciante que o pó (ARAÚJO, 2012).

Também identificado como molécula de cocaína fumada, o *crack* oferece uma sensação de prazer extremo, seguida da súbita interrupção desse estado e uma enorme vontade de reutilização da droga (CFM, 2011). Embora tenha chegado recentemente, no início da década de 1990, o consumo do *crack* tem experimentado crescimento exponencial, tornando o Brasil o maior mercado dessa substância no mundo, seguida pela cocaína (LENAD, 2012).

O consumo abusivo de substâncias psicoativas tem acarretado vários outros efeitos deletérios à vida humana, a exemplo de acidentes de trânsito, overdoses, envenenamentos, doenças cardiorrespiratórias e neurológicas, além de comportamentos geradores de violência social (BRASIL, 2003).

Os efeitos do abuso de *crack* trazem danos de ação locais como queimaduras de lábios, mãos e olhos, bem como isquemias, arritmias cardíacas, prejuízo das habilidades cognitivas e da “regulagem das emoções”, acidentes vasculares cerebrais, atrofia cerebral e convulsões (SENAD, 2013). Além da euforia e do prazer, esta potente droga causa também insônia, perda da sensação de cansaço e falta de apetite. Em pouco tempo a pessoa pode emagrecer muito e perder as noções básicas de higiene e autocuidado.

A dependência de álcool, tabaco e outras drogas – entre elas o *crack* – é considerada uma síndrome, caracterizada pela presença de um padrão de consumo compulsivo, geralmente voltado para o alívio ou evitação de sintomas de abstinência; esse padrão se mostra mais importante do que parte ou a totalidade das atividades e compromissos sociais realizados pelo indivíduo, que passa a tratá-

los com negligência ou abandono, a fim de privilegiar o uso. Tal padrão geralmente resulta em tolerância e síndrome de abstinência (PROJETO DIRETRIZES, 2011).

Considerada mais intensa de que em outras drogas, a abstinência do *crack* é composta por três fases. Na fase 1, ou de “*Crash*, instalada de cinco a dez minutos após cessado o uso, dá-se uma drástica redução do humor e de energia, apresentando inquietação, ansiedade e irritabilidade”. A fase 2, ou “Síndrome disfórica tardia”, período de dois a quatro dias quando se verifica o auge da abstinência, é marcada por desgaste físico extremo, com alternância de períodos de sonolência e despertar acompanhado de ingestão de grande quantidade de alimentos. Na fase 3, também chamada de “Extinção”, os sintomas disfóricos diminuem ou cessam por completo e a fissura se torna menos frequente, podendo haver alteração de humor durante vários meses (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2012).

Em longo prazo, o uso contínuo do *crack* pode acarretar problemas cardíacos, pulmonares, convulsões, distúrbios neurológicos como isquemias e desordens motoras e até transtornos psiquiátricos induzidos pela substância, como transtorno psicótico, alucinações e delírios (KOLLING, SILVA, CARVALHO, 2007). Esses efeitos devastadores são comprovadamente mais danosos quando o consumo ocorre por parte de crianças e adolescentes (ALMEIDA; MONTEIRO, 2011).

A adolescência se constitui uma fase da vida, na qual o indivíduo se depara com várias mudanças no seu corpo físico e nas suas questões psicoafetivas (MUSS, 1969), o que ocasiona menor ou maior sofrimento psíquico (OUTEIRAL, 2008). É o período em que ocorre profunda mudança na identidade do indivíduo, caminhando para sua consolidação, quando são experimentadas novas atividades, como novas interações sociais e relacionamentos afetivos e sexuais, sendo a experimentação de álcool e drogas também um comportamento frequente (SILVA; SCIVOLETTO, 2012).

A complexidade dessas alterações se traduz também nas buscas por uma identidade pessoal ou grupal (GIL *et al.*, 2008). Ser adolescente implica em sair do corpo infantil e ir em busca do adulto que se encontra em formação (KNOBEL,

1981). Significa, ainda, ser validado pelo outro, o bando, que o aceita, se assim partilharem semelhanças e gozarem dos mesmos discursos, práticas e modos de diversões (GIL *et al.*, 2008).

De acordo com Vitalle (2012), a adolescência é uma etapa em que se está exposto a muitos desafios, existindo uma quantidade imensa de tarefas a cumprir, quer sociais, comportamentais, físicas ou psíquicas. Há muitos riscos envolvidos nesse processo que aumentam a vulnerabilidade do adolescente. Tal condição pode ser agravada por comportamentos de riscos. Além disso, nas sociedades ocidentais emergentes, onde as possibilidades de cada jovem não são iguais, torna a adolescência uma fase de maior exposição a essas adversidades.

Nesse percurso de intensas transformações, pontuando a passagem da infância para a vida adulta, o adolescente se depara com o novo em relação ao mundo interno e externo. A aceitação de um mundo exterior com implicações morais e com limites é, em parte, um ponto de conflito para esses sujeitos (VOLPI, 2001). O sentimento de tudo poder, da invulnerabilidade e da necessidade de provar a autosuficiência, gera, em muitas das vezes, a procura pelo novo, o inusitado e a transgressão (MARIN, 2003).

Ao analisar as características pessoais do adolescente que aumentam a vulnerabilidade para o uso de álcool e drogas, Scivoletto (2012) destaca a insatisfação e não realização em suas atividades, a insegurança e a sensação de não pertencer a nada ou a ninguém, condição essa também identificada como “invisibilidade”. Os sintomas depressivos e as “crises de angústia” frequentes nesta fase aumentam a vulnerabilidade do adolescente. O jovem que está triste, desanimado ou mesmo ansioso, buscará atividades ou coisas que o ajudem a se sentir melhor, incluindo as drogas como uma tentativa de se automedicar, como um “remédio”, para este mal.

É nesse contexto que surge a droga como portal para um universo de possibilidades, onde o adolescente se enxerga como protagonista e todo-poderoso, criação abstrata da sua suficiência e onipotência (SAVIETTO; CARDOSO, 2012).

Mesmo existindo a possibilidade de abandono do consumo de drogas na fase adulta, fenômeno conhecido como *maturing out*, diversos problemas podem emergir do uso de drogas em indivíduos jovens, como prejuízo no desenvolvimento cognitivo, relações familiares e sociais, acidentes, além de alterações no desenvolvimento normal (SILVA; SCIVOLETTO, 2012).

Na busca por uma identidade de super-herói, o encontro do adolescente com as drogas aparece como uma realidade cada vez mais presente na sociedade atual. Para Schenker e Minayo (2003), a adolescência consiste numa etapa da vida marcada por grande vulnerabilidade diante das drogas. De um lado, a motivação dos jovens, seja para simples experimentação, uso ocasional ou ainda abuso e dependência. Por outro lado, têm-se os efeitos potentes dessas substâncias – lícitas ou ilícitas – que oferecem um prazer fugaz e demandam um consumo crescente visando manter a sensação de bem estar que supostamente oferecem.

Nesse contexto, cabe destacar o *crack* como uma das substâncias psicoativas com maior crescimento de consumo por adolescentes na atualidade (FIOCRUZ, 2013). As pedras de *crack* podem apresentar entre 75 e 90% de cocaína pura. O efeito euforizante inicia muito rapidamente, em torno de 8 -10 segundos, mas a duração do efeito também é muito rápida, menos de 8-10 minutos. Dessa forma, o usuário rapidamente tem vontade de usar novamente para obter a mesma sensação. O mecanismo de ação envolve a inibição da recaptção de noradrenalina, dopamina e serotonina na sinapse (CASTRO; PEDROSO; ARAÚJO, 2010).

Para Kaminer e Szobot (2012), os transtornos por uso de substâncias psicoativas (TUS) são um importante problema de saúde pública, correspondendo à principal categoria de transtornos mentais em adolescentes acima dos dezesseis anos. Paradoxalmente, sabe-se relativamente pouco sobre a efetividade dos diferentes tipos de tratamento para eles, de forma que o conhecimento nessa área está atrás do conhecimento disponível para adultos com TUS, ou do conhecimento em relação a outros transtornos mentais iniciados na infância e na adolescência.

Sabe-se que os jovens, apesar do pouco tempo de uso de substâncias, passam rapidamente de um estágio de consumo para outro, além de fazerem uso de múltiplas substâncias (SENAD, 2013). De acordo com Silva e Scivoletto (2012),

quanto maior o número de fatores de risco presentes, maior a intensidade de uso e maior risco de progressão para drogas mais fortes. Por outro lado, quanto menos fatores de risco presentes, mais protegido estarão o jovem em relação ao uso de drogas.

Ao analisar vários estudos que traçam as causas que levam os adolescentes a se tornarem usuários de drogas, Heidemann (2006) relaciona os seguintes fatores de riscos para utilização de drogas: pessoais (genéticos, biológicos e psicológicos), familiares (relacionamento disfuncional com os pais, violência doméstica, histórico familiar), sociais (escola, atividades, grupos) e econômicos (pobreza, desemprego, falta de expectativa para o futuro).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), confirmando a importância da família e da escola para determinação dos padrões de comportamento que predisõem à utilização de drogas, sintetiza os fatores de risco da seguinte forma: falta de informação sobre o tema; dificuldade de inserção no ambiente familiar, escolar ou de trabalho; insatisfação com a qualidade de vida; problemas de saúde; e facilidade de acesso às substâncias (HEIDEMANN, 2006).

O usuário jovem tende a fazer uso mais agudizado e mais compulsivo do *crack*. Ou seja, em um curto espaço de tempo, esse indivíduo desenvolve resistência à droga, passando da experimentação ao consumo abusivo. Assim sendo, é de fundamental importância que se possam envidar esforços no sentido de alcançar, principalmente, as crianças e adolescentes com maior risco social para esse tipo de comprometimento.

Sabemos que as drogas (palavra cuja origem vem do holandês antigo *droog*, que significa “folha seca”) sempre existiram e que o ser humano sempre fez uso delas (OUTEIRAL, 2008), mas nos interessa entender e encontrar soluções para este problema que se tornou, nos dias atuais, uma grave doença dos indivíduos e da sociedade em geral, atingindo especialmente os jovens.

Para tanto, de acordo com a Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990, dispondo sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu Artigo 4º, é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público

assegurar, com absoluta prioridade, a proteção integral à criança e ao adolescente, por meio da efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990).

Além disso, em seu Artigo 70, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece como dever de todos prevenir a ocorrência de ameaças ou violação dos direitos da criança e do adolescente, além de proibir a venda de bebidas alcoólicas e produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica a esse público, configurando-se como responsabilidade das várias instâncias governamentais e da sociedade em geral de protegê-los do uso dos diversos tipos de drogas existentes, quer lícitas ou ilícitas (BRASIL, 1990).

É cada vez mais frequente o envolvimento dos jovens tanto no narcotráfico quanto em relação ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Em ambas as vertentes, vidas são ceifadas banalmente. Nesse sentido, a criança e o adolescente devem ser prioridade quando se pensam leis, políticas públicas e quaisquer outras iniciativas no enfrentamento do consumo de *crack* e outras drogas.

2.2 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO USO DE CRACK E OUTRAS DROGAS

A questão do enfrentamento do uso de drogas ilícitas é complexa, desafiadora e permeada por implicações de cunho social, político, educacional, de saúde e segurança pública. Monta-se, assim, uma estrutura intrincada com várias frentes de intervenção, cada uma com suas singularidades.

Ao longo dos anos e passando por governos militares e civis, várias abordagens foram utilizadas para conter o crescimento desse fenômeno social.

O Brasil é signatário de várias convenções internacionais, a exemplo da “*Single Convention on Narcotic Drugs*” (Convenção Única sobre Drogas), estabelecida pela Organização das Nações Unidas, em 1961, com aperfeiçoamentos efetuados em 1972 (UN, 1972). As diretrizes brasileiras estabelecidas internamente sofreram influências de vários países europeus e dos

Estados Unidos da América, com ênfase na abordagem de cunho mais proibicionista (SAPORI; MEDEIROS, 2010).

Somente a partir de 1998, como desdobramento da adesão do governo brasileiro aos princípios para redução de drogas discutidos na XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, o Brasil, efetivamente, dá início à construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da oferta de drogas, resultando na criação da primeira Política Nacional Antidrogas do País, instituída por meio do Decreto Presidencial nº 4.345, de 26 de agosto de 2002 (BRASIL, 2002).

A política pública brasileira sobre drogas, atualmente denominada de Política Nacional sobre Drogas (PNAD), estabelece 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 possam ser conduzidos de forma planejada e articulada. A PNAD é comandada pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), criada pela medida provisória nº 1669, de 19 de junho 1998. Assim como o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e a gestão do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) a SENAD foi posteriormente transferida para a estrutura do Ministério da Justiça pelo Decreto Nº 7.426, de 7 de Janeiro de 2011 (BRASIL, 2011).

Em termos de marco legal, cabe destacar a Lei nº 11.343/2006, também denominada de Lei de Drogas, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e estabelece medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, constituindo-se num marco legal da mudança de paradigma e de procedimentos no Brasil. A lei contempla a perspectiva da intervenção integrada, incluindo ações de promoção da saúde e de conscientização sobre os riscos do uso de *crack*, álcool e outras drogas, de disponibilização de serviços de atendimento e enfrentamento do tráfico (BRASIL, 2006).

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), regulamentado pelo Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, tem como objetivo, dentre outros, contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o

menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados, além de promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no País bem como a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas (BRASIL, 2006).

Por meio da Lei nº 11.754, de 23/07/2008, o Conselho Nacional Antidrogas passou a se chamar Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), com ação descentralizada por meio dos Conselhos Estaduais e de Conselhos Municipais, com o objetivo de promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, além de acompanhar e atualizar a Política Nacional sobre Drogas, consolidada pelo SENAD, bem como exercer orientação normativa sobre ações de redução da demanda e da oferta de drogas (BRASIL, 2008).

Integrando a estrutura básica do Ministério da Justiça, que o preside, o CONAD é um órgão colegiado, de natureza normativa e de deliberação coletiva, responsável por estabelecer as macro-orientações a serem observadas pelos integrantes do SISNAD, em suas respectivas áreas de atuação. O CONAD também desempenha os papéis político-estratégicos de assessorar o Presidente da República no provimento das orientações globais relativas à redução da demanda e da oferta de drogas no País e promover a articulação, a integração e a organização da ação do Estado (BRASIL, 2008).

O Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (CEAD) tem por finalidade atuar como instância de assessoramento ao Governo Estadual na promoção de articulação, integração e organização do Estado para o desenvolvimento de programas de redução da demanda, dos danos e da oferta de drogas. Os Conselhos Municipais de Políticas sobre Drogas (COMAD) atuam como instância de assessoramento do Governo local e de coordenação das atividades de todas as instituições e entidades municipais, responsáveis pelo desenvolvimento das ações referentes à redução da demanda e dos danos, assim como movimentos comunitários organizados e representações das instituições federais e estaduais existentes no município e dispostas a cooperar com o esforço municipal (BRASIL, 2008).

Por meio do Decreto n.º 7.179, de 20 de maio de 2010, foi instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de *crack* e outras drogas ilícitas. Com ações executadas de forma descentralizada, referido Plano tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2010).

Dentre os programas desenvolvidos pela SENAD, cabe destacar o “*Crack, é possível vencer*”, lançado pelo Governo Federal com a finalidade de prevenir o uso e promover a atenção integral ao usuário de *crack*, bem como enfrentar o tráfico de drogas. Tem por objetivo aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares, reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio do enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas e promover ações de educação, informação e capacitação (CRACK; POSSÍVEL VENCER, 2015).

Observada a Lei nº 11.343/2006, o programa “*Crack, é possível vencer*” reúne diversas ações que envolvem diretamente as políticas de saúde, assistência social e segurança pública e, de forma complementar, ações de educação e de garantia de direitos. As ações são organizadas em três eixos temáticos: Prevenção, Cuidado e Autoridade. O Governo Federal disponibiliza recursos financeiros a estados, municípios e DF, que poderão aderir ao programa assumindo contrapartidas e implementando os equipamentos de saúde, assistência social e segurança pública (CRACK É POSSÍVEL VENCER, 2015).

O Ligue 132 – Viva Voz é um serviço do programa “*Crack, é possível vencer*”, financiado pelo governo federal, que tem como objetivo prevenir o uso de drogas no País, atendendo também a casos de álcool, tabaco, cocaína, maconha e entre outras substâncias. Resultante da parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/MJ), Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e Associação Mário Tannhauser de Ensino, Pesquisa e Assistência

(AMTEPA), o serviço atende de forma sigilosa e anônima 24 horas por dia, incluindo feriados e finais de semana (LIGUE 132, 2015).

Além de orientar e informar sobre drogas, o serviço Ligue 132 – Viva Voz também presta aconselhamento aos familiares que possuem parentes em sofrimento em decorrência do uso ou do abuso de drogas, além de prestar assistência à saúde via telefone, fazer acompanhamento de casos e informar locais de tratamento, conforme a conveniência da pessoa que procura o serviço (LIGUE 132, 2015).

Uma das estratégias para a condução do atendimento do serviço Ligue 132 – Viva Voz é o método da Intervenção Breve Motivacional (IBM), por isso cada atendimento é personalizado, e cada ligação é um caso diferente. Os consultores do serviço são profissionais de saúde, educação e assistência social. A diversidade das áreas de atuação é importante pelo fato de o tema drogas envolver diferentes aspectos da vida dos dependentes e dos seus familiares. Profissionais com nível de mestrado e de doutorado em temas relacionados às drogas são responsáveis por supervisionar e monitorar as ligações e podem auxiliar em qualquer dúvida mais específica que possa surgir (LIGUE 132, 2015).

Lançado em 2002, durante a Semana Nacional Antidrogas, o projeto de criação do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) foi desenvolvido pela Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas, com apoio financeiro do Ministério da Saúde (MS), objetivando reunir e coordenar o conhecimento disponível sobre drogas para fundamentar o desenvolvimento de programas e intervenções dirigidas à redução de demanda e oferta de drogas. Em 2005, o texto da nova Política Nacional sobre Drogas incluiu em seus objetivos a necessidade de manutenção e atualização do OBID tendo em vista a importância do Observatório para o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas. No ano seguinte, por meio do Decreto 5.912, de 2006, que regulamentou a nova Lei sobre Drogas, foram estabelecidas as diretrizes para gestão da informação pelo OBID (OBID, 2015).

Ainda como importante fonte de informações sobre a temática das drogas, merece destaque o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

Psicotrópicas (CEBRID), entidade sem fins lucrativos vinculada ao Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que organiza pesquisas e reuniões científicas sobre o assunto, com publicações de livros e levantamentos abordando o consumo de drogas entre estudantes, meninos de rua, etc., além de manter um banco de trabalhos científicos brasileiros sobre o abuso de drogas e publicação trimestral de boletins (CEBRID, 2015).

Cabe mencionar, ainda, o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), gerido pela Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), cujos recursos financeiros são constituídos de dotações específicas estabelecidas no orçamento da União, de doações, de recursos de qualquer bem de valor econômico, apreendido em decorrência do tráfico de drogas de abuso ou utilizado em atividades ilícitas de produção ou comercialização de drogas, após decisão judicial ou administrativa tomada em caráter definitivo. Tais recursos são, em síntese, destinados ao desenvolvimento, à implementação e à execução de ações, programas e atividades de repressão, de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social de dependentes de substâncias psicoativas (FUNAD, 2015).

A partir de uma pesquisa realizada no ano de 2010, ficou constatado que 98% dos municípios brasileiros já enfrentavam problemas com a circulação e o consumo de *crack* e outras drogas, sinalizando um problema de âmbito nacional. Com base nessas informações, a Confederação Nacional dos Municípios (CNM), em uma visão prospectiva, implantou um observatório sobre as políticas públicas de enfrentamento ao *crack* e outras drogas no Brasil. Denominado de “Observatório do *crack*”, o projeto visa acompanhar a evolução do tema em todos os municípios brasileiros, retratando a realidade atual, os investimentos realizados, os resultados obtidos e, principalmente, as ações intersetoriais desenvolvidas pelas esferas municipal, estadual e federal (CNM, 2014).

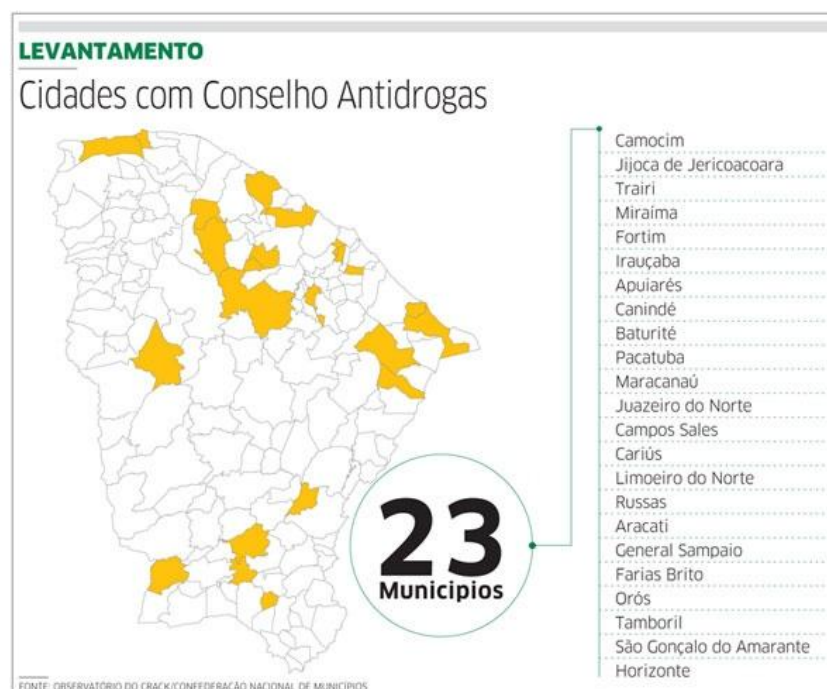
No caso do Ceará, o Conselho Estadual Antidrogas, criado em 2010, foi resgatado em 2013 com o intuito de unificar a rede de assistência. Somente esse órgão pode dar autorização para o financiamento das vagas das comunidades terapêuticas para internações de dependentes químicos. Além disso, foi criado, em junho de 2014, o Fundo de Combate às Drogas para financiar as ações. O Ceará é dividido em 22 redes psicossociais. A rede de acolhimento conta com 620 vagas em

comunidades terapêuticas. As Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), os Frotinhas e o Hospital Regional do Cariri também recebem dependentes químicos. Na educação, o Conselho trabalha com a prevenção por meio de escolas em tempo integral e cursos profissionalizantes (CONSELHO ESTADUAL ANTIDROGAS, 2015).

Desde 2012, o Estado do Ceará conta também com o Comitê Estadual de Enfrentamento às Drogas do Ministério Público do Estado, instituído por meio da Portaria nº 1699/2012, datada de 20 de abril de 2012, com o objetivo de atuar de forma integrada para fazer com que as cidades cearenses planejem estratégias e projetos nos eixos de prevenção, tratamento, recepção social e segurança pública (CEARÁ, 2015).

De acordo com levantamento efetuado pela Confederação Nacional de Municípios (CNM), no estudo Observatório do *Crack*, apenas 23 municípios de 154 cidades do Ceará (FIGURA 1), ou seja, somente 15% das cidades cearenses, possuem Conselho Municipal Antidrogas (COMAD), peça chave na efetivação das políticas públicas sobre drogas, incluindo repasse de verbas federais para investimentos em ações contra o problema (CNM, 2012).

FIGURA 1 – Levantamento das cidades com conselho antidrogas



Fonte: Observatório do *Crack*, Confederação Nacional de Municípios

Na capital cearense, a Coordenadoria de Políticas sobre Drogas da Prefeitura de Fortaleza (CPDrogas) é o órgão responsável pelo Plano Municipal de Enfrentamento às Drogas, tendo como objetivo a articulação e integração das ações de enfrentamento à problemática das drogas na capital cearense. Vinculada ao gabinete do Prefeito, com status de Secretaria Municipal, é composta por equipe interdisciplinar que visa garantir os direitos humanos e promover uma política intersetorial sobre drogas, estando pautada em quatro núcleos: Capacitação, Pesquisa e Informação; Integração, Articulação e Monitoramento, Acolhimento e Orientação Institucional (PMF, 2015).

Por meio do Centro Integrado de Referência sobre Drogas (CIRD), a Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF) disponibiliza orientação, acolhimento e tratamento aos dependentes químicos. Além do acolhimento, o CIRD atende e acompanha o itinerário terapêutico intersetorial do usuário e de seus familiares, por meio de ações integradas com as diversas políticas públicas relacionadas ao problema do uso de drogas nas áreas da saúde, educação, segurança cidadã, assistência social, cultura, esporte e lazer, dentre outras. Pelo contato telefônico e presencial, o CIRD auxilia as instituições públicas e privadas, e terceiro setor – ONGs/Comunidades Terapêuticas, na construção e elaboração de projetos referentes ao uso e abuso de *crack*, álcool e outras drogas (CIRD, 2015).

No encaminhamento de dependentes químicos, o CIRD se utiliza de uma rede composta de unidades de tratamento vinculadas à PMF e de parcerias com instituições conveniadas. A Unidade de Acolhimento Dr. Silas Munguba, por exemplo, é um equipamento da Prefeitura de Fortaleza, localizado no bairro José Walter, que conta com 30 vagas de internação para usuários de álcool, *crack* e outras drogas, sendo 15 masculinos e 15 femininos. O serviço funciona de domingo a domingo, 24 horas em caráter residencial transitório (CIRD, 2015).

Cabe, ainda, destacar, no tocante à prevenção, a existência do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a conformação de uma extensa rede de proteção social básica, a partir da implantação dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), cujas equipes de referência são responsáveis pela oferta de serviços socioassistenciais a famílias em situação de vulnerabilidade social e

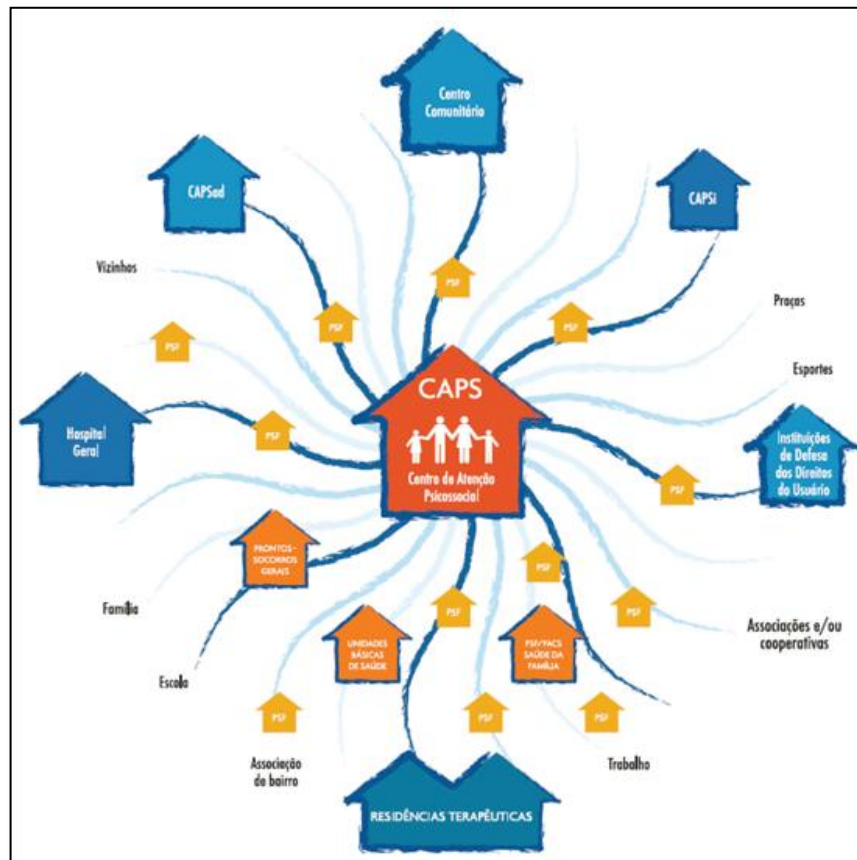
pela atuação, nos territórios, de forma a prevenir riscos e enfrentar vulnerabilidades (CRAS, 2015).

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) é oferecido em todos os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e tem como objetivo apoiar as famílias, prevenindo a ruptura de laços, promovendo o acesso a direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. É um conjunto de procedimentos realizados com o objetivo de contribuir para a convivência, reconhecimento de direitos e possibilidades de intervenção na vida social de uma família. Este trabalho estimula as potencialidades das famílias e da comunidade, promove espaços coletivos de escuta e troca de vivências (PAIF, 2015).

Ofertado, obrigatoriamente, no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS, 2015), o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI) está voltado para famílias e pessoas em situação de risco social ou que tiveram seus direitos violados, oferecendo apoio, orientação e acompanhamento para a superação dessas situações por meio da promoção de direitos, da preservação e do fortalecimento das relações familiares e sociais (PAEFI, 2015).

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) é um serviço da Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) ofertado de forma complementar ao trabalho social com famílias realizado por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) e do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI). De caráter preventivo, o serviço tem como objetivo fortalecer as relações familiares e comunitárias, além de promover a integração e a troca de experiências entre os participantes, valorizando o sentido de vida coletiva (SCFV, 2015).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, ou RAPS, dispondo sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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 (BRASIL, 2011).

FIGURA 2 – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Fonte: Ministério da Saúde

A RAPS tem como objetivos gerais a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, a promoção de vínculos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (RAPS, 2015).

Considerando os componentes e pontos de atenção abaixo listados, a RAPS possui os seguintes objetivos específicos: promoção dos cuidados em saúde particularmente aos grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); prevenção do consumo e a dependência de *crack*, álcool e outras drogas; redução de danos provocados pelo consumo de *crack*, álcool e outras drogas; reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e

outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; e ainda inclui a melhoria dos processos de gestão dos serviços, parcerias intersetoriais entre outros (RAPS, 2015).

FIGURA 3 – Componentes e pontos de atenção da RAPS

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Ministério da Saúde

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem caráter aberto e comunitário, dotados de equipes multiprofissionais e transdisciplinares, realizando atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes, a pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais em geral sem excluir aqueles decorrentes do uso de *crack* álcool ou outras drogas, sendo organizados nas seguintes modalidades (CAPS, 2015):

- CAPS I – atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam, prioritariamente, intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes;

- CAPS II – atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.
- CAPS III – atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.
- CAPS AD – atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.
- CAPS AD III – atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.
- CAPS i – atende crianças e adolescentes que apresentam, prioritariamente, intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

A Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) é um ponto de atenção em ambiente residencial, com funcionamento de 24 horas nos sete dias da semana, com acolhimento definido exclusivamente pelo Centro de Atenção Psicossocial de referência responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular (PTS) da pessoa com necessidade decorrente do uso de *crack*, álcool e outras drogas, de ambos os sexos que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório (permanência máxima de seis meses) e de cuidados contínuos de saúde (UAA, 2015).

A Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI) é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial que oferece acolhimento transitório às crianças e adolescentes de ambos os sexos, de dez a 18 anos de idade, com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Acolhe e oferece cuidados contínuos e de proteção para até dez crianças e adolescentes, observando as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sendo a permanência no serviço de caráter voluntário. A UAI deve garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social para os usuários por até 6 meses, oferecendo a este público e seus familiares tempo e oportunidade para construir novos projetos de vida (UAI, 2015).

Os Consultórios na Rua são equipes de saúde móveis que prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, e trabalhando junto aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas com a estratégia de redução de danos. Essas equipes possuem profissionais de várias formações que atuam de forma itinerante nas ruas desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde, CAPS, Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção (CONSULTÓRIOS NA RUA, 2015).

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde um indivíduo até um pequeno grupo de, no máximo, oito pessoas, que deverão

contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da atenção básica, sejam outros profissionais) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado. O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador (SRT, 2015).

As Comunidades Terapêuticas são instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público, que oferecem gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. Tratam-se de instituições abertas, de adesão exclusivamente voluntária, voltadas a pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliar na recuperação da dependência à droga. Durante o tempo de acolhimento, que pode durar até 12 meses, os residentes devem manter seu tratamento na rede de atenção psicossocial e demais serviços de saúde que se façam necessários (COMUNIDADES TERAPÊUTICAS, 2015).

Os leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais são componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), atuando como pontos de atenção na garantia do acesso dos usuários à tecnologia hospitalar, particularmente no manejo do cuidado às intercorrências clínicas. São serviços geograficamente bem localizados, de fácil acesso, presentes em inúmeros municípios, com propostas de intervenções breves e acesso a recursos clínicos multidisciplinares, diferentemente do que ocorre no Hospital Psiquiátrico. Além disso, contribui para a diminuição do estigma do transtorno mental e propicia práticas de cuidado mais transparentes (RAPS, 2015).

A habitação e as necessidades básicas de vida podem também ser atendidas pela implementação de Casas de Passagem ou Abrigos, que podem ser constituídos a partir da iniciativa das Secretarias de Assistência Social. São também

complementares ao cuidado os Grupos de Ajuda Mútua, de orientação religiosa ou não, os Centros Culturais e de Convivência, as Oficinas Terapêuticas, dentre outros (SUPERA, 2014).

Desse modo, percebe-se que a teia que compõe as estratégias para o enfrentamento do uso do *crack* e outras drogas é abrangente e complexa, com desdobramento em várias linhas de ação. Como importante elo dessa cadeia, sobretudo por se constituir na porta de entrada das demandas de saúde pública, a Atenção Básica à Saúde (ABS) e a massa de trabalhadores que nela se inserem podem ser ainda melhor aproveitados visando maior alcance e eficácia da estrutura já existente.

2.3 TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA: INTERFACE COM O CRACK E ADOLESCENTES

O acesso da população brasileira aos serviços gratuitos de saúde pública é feito por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja porta de entrada é chamada de Atenção Básica (ou Primária) à Saúde, integrada pelos postos de saúde, centros de saúde e unidades de Saúde da Família, que oferecem especialidades básicas como clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia. A partir desse primeiro atendimento, o cidadão é encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública, a exemplo de hospitais e clínicas especializadas (BRASIL, 2006). A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como principal modalidade de atuação da atenção básica, tendo como princípios: atuação no território pelo diagnóstico situacional; enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; promover a integração com instituições e organizações sociais; e ser espaço de construção da cidadania (BRASIL, 2006).

A atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é desenvolvida por equipe multidisciplinar, composta por, no mínimo, um médico generalista ou médico especialista em Saúde da Família (também chamado de médico de família e da comunidade), um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um técnico ou auxiliar de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, Auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Cada equipe da Estratégia de Saúde da Família (EFS) é responsável por determinado território e deve atuar nos cuidados de saúde a um contingente de, no máximo, 4.0000 pessoas, sendo a média recomendada pela Política Nacional de Atenção Básica em torno de 3000 pessoas por cada grupo de profissionais (BRASIL, 2011).

Como porta preferencial do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem como base de atuação: eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão e *dod diabetes mellitus*, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, mulher e idoso, saúde bucal e promoção da saúde (BRASIL, 2006). Cabe ainda à APS: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2006).

Para realização do seu trabalho, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) necessitam conhecer seu respectivo território de atuação sobre vários aspectos, tais como número de famílias, população total, quantidade por faixa etária, condições sociais, riscos e vulnerabilidades, assim como a compreensão do contexto econômico e cultural da comunidade em que irão atuar.

A equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve ainda, planejar e realizar ações em saúde, desenvolver atenção holística e humanizada, atuando como reguladora organizando os encaminhamentos das pessoas para outros níveis de saúde e mantendo sempre a gestão do cuidado. Também se responsabiliza pelos primeiros atendimentos em urgências médicas-odontológicas, avalia os indicadores de saúde do território e planeja ações educativas e de apoio estratégico à liderança local (BRASIL, 2011).

São esses trabalhadores da Atenção Básica que ouvem e são inteirados das necessidades das pessoas da comunidade, desde as mais essenciais até aquelas de maior complexidade. Os profissionais da ESF cotidianamente entram em contato com as demandas de todo o ciclo de vida do indivíduo, indo do recém-nascido ao idoso. Ocupam-se do cuidado integral às famílias, fazem vínculos, criam laços, conhecem as pessoas por seus nomes, seus elos parentais, suas dores, suas alegrias, seus ganhos e perdas. Sabem como se processam "as leis" dentro da comunidade. Convivem com todas as formatações de famílias e suas disfuncionalidades. Tudo lhes chega em primeira instância. Eles tratam as patologias físicas e emocionais, acolhem as demandas sociais, transitam em meio à violência física, ao narcotráfico, à adicção, ao abandono de idosos, à negligência com crianças e toda sorte de abusos.

Ainda dentro da equipe de ESF, cabe ressaltar a importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS), tanto pela sua proximidade com as famílias – vez que quase sempre esse profissional mora na área por ele assistida - assim como por seu escopo de atuação. Cada ACS é responsável por assistir cerca de 750 pessoas. (BRASIL, 2011). Na composição de cada equipe de ESF, invariavelmente, o ACS é maioria.

Moura e Castro e Silva (2015) ressaltam que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o profissional da Atenção Básica cujo papel se encontra mais próximo dos munícipes e, simultaneamente, mais à frente dos serviços, ou seja, na linha de frente das políticas de saúde.

Para Silva-Roosli e Athayde (2011), o ACS trata-se de um trabalhador diferenciado que integra a equipe de Saúde da Família. São atribuições dos ACS o mapeamento da sua área de abrangência e o cadastro das famílias usuárias da ESF com o preenchimento da ficha A disponibilizada pelo Ministério da Saúde, a atualização das fichas do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), o agendamento de atendimentos, a participação em campanhas vacinais e outras ações em saúde, o acompanhamento de pacientes às consultas quando necessário, além da realização de visitas domiciliares com regularidade. Outra responsabilidade dos ACS é o controle do uso de medicação pelos usuários com limitações, tais como idosos, analfabetos, pessoas com deficiência visual severa, dependentes químicos, doentes mentais, alcoolistas e outros.

Para Ferreira *et al.* (2009), na sua prática cotidiana, o ACS tem se revelado um ator instigante no que se refere às relações de trocas estabelecidas entre os saberes populares de saúde e os saberes médicos científicos pela posição que ocupa de mediador entre a comunidade e o pessoal da saúde.

Segundo Merhy (2003), os ACS utilizam com frequência e majoritariamente o campo das chamadas “tecnologias leves”, produtoras de espaços de intercessão e relações, por meio de ações pautadas na humanização, escuta solidária, acolhimento e mediação das demandas dos usuários para dentro dos serviços de saúde, assim como integração dos demais profissionais com a comunidade.

Em estudo acerca dos saberes e práticas do Agente Comunitário de Saúde no universo do transtorno mental, Barros, Chagas e Dias (2009) reafirmam o ACS como elemento estratégico no processo de reorientação do modelo de atenção à saúde, ao mesmo tempo em que indicam a capacidade de manter vínculos contínuos e efetivos com a população de seu território. Concluem, ainda, que os saberes e práticas dos ACS atuam como o campo das sínteses entre o saber científico e o saber popular, possibilitando a construção dialética de importantes estratégias de atenção à saúde mental.

De acordo com Santos *et al.* (2011), o ACS é o principal elo entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a comunidade, permitindo o fortalecimento do vínculo com a família, proporcionando a aproximação das ações de saúde ao contexto domiciliar e, com isso, aumentando a capacidade da população de enfrentar os problemas. Nesse sentido, Marzari, Junges e Selli (2011) reforçam que o ACS desponta como o elo que possibilita a confiança e o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade assistida.

Ao discutirem como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) utilizam as redes sociais para desenvolverem ações de promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF), Pinheiro e Guanaes-Lorenzi (2014) consideram os ACS como figuras privilegiadas por compartilharem o local de moradia com as populações que atendem, tendo acesso a elementos aos quais provavelmente não se teria apenas com atendimentos nas Unidades.

De fato, há que se reconhecer o protagonismo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dentro da Estratégia de Saúde da Família. O ACS, além de ser um componente singular da equipe de saúde, é também um membro da comunidade com quem trabalha. De forma que toda a realidade do meio o atravessa. Contudo, não podemos perder de vista o restante da equipe: médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde bucal.

A literatura é vasta ao enaltecer a contribuição do ACS, e o faz com merecimento, seja por sua singularidade (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006) ou inserção social (MOTA, 2010). Além disso, as pesquisas revelam que essa categoria necessita de reforço urgente na sua formação (FERNANDES; STEIN; GIUGLIANI *et al.*, 2011). No entanto, cabe destacar que os demais trabalhadores que compõem a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) possuem a sua importância na atuação multidisciplinar e integrada da Atenção Básica.

São a esses outros colaboradores da ESF, a quem é delegada a função de muitas vezes fazer o impossível acontecer diante dos gargalos burocráticos, da carência de especialistas, da falta de tecnologia e insumos, além da sobrecarga de atendimentos. O que se vê na prática é que os ACS apresentam as demandas das comunidades e os outros trabalhadores se empenham em montar planos de resolução e projetos terapêuticos singulares para solução das questões.

Desse modo, confirma-se a necessidade da presença da equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF) no cuidado integral às pessoas que habitam o espaço territorial de sua atuação. Os trabalhadores da ESF que, pelo respeito e trânsito livre que possuem nas comunidades, se constituem no elo entre os usuários e os serviços de saúde ofertados por meio da Atenção Básica. A importância da ESF para a estrutura de saúde pública, sobretudo pelo potencial de convencimento e formação de opinião junto aos usuários, não pode ser desconsiderada. Afinal, ninguém melhor do que a equipe da ESF conhece o público a ela destinada, com o qual ela convive e é parte do seu dia a dia laboral.

Diante do exposto e considerando-se a importância da Atenção Básica e seus trabalhadores na busca por resultados mais promissores no enfrentamento do uso de *crack* e outras drogas, principalmente entre os adolescentes, confirma-se a

urgente necessidade de ações efetivas de capacitação continuada desses profissionais.

2.4 CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO CONTINUADA NO ENFRENTAMENTO DO USO DE *CRACK* E OUTRAS DROGAS PARA OS TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

O assunto drogas, ou uso de substâncias psicoativas ou ilícitas, é sempre cercado de muita discussão, quer no meio científico ou na vida em comunidade. Muitos são os pontos de vistas, as abordagens, as formas de enfrentamentos e assim, também, as políticas públicas aplicadas ao longo das décadas e dos diferentes governos.

Heidemann (2006), utilizando o conceito de resiliência como capacidade de adaptação após um desajuste, relaciona algumas atitudes que demonstram proteção e resistência à utilização de drogas pelo adolescente: resiliência individual (características pessoais do próprio adolescente), resiliência familiar (ambiência familiar em que o adolescente está inserido), resiliência comunitária (relacionamentos e inserção do adolescente nos espaços comunitários), resiliência social (envolvimento da sociedade no combate ao acesso e consumo de drogas pelo adolescente); resiliência cultural (nível de desaprovação do uso e abuso de substâncias psicoativas); e resiliência econômica (nível de preços e de controle do mercado de substâncias ilícitas).

Nesse sentido, o adolescente necessita receber conhecimento sobre o uso e abuso do *crack*, exigindo a existência de instrumentos e pessoas que viabilizem a disseminação de informações na Atenção Básica. Os trabalhadores desses núcleos devem ser a ponte entre a saúde e os adolescentes, oferecendo um contato de inclusão, receptividade e apoio no enfrentamento da questão.

O mundo, de fato, se globalizou e, com o advento da Internet, muitas mudanças comportamentais são introduzidas em diferentes contextos sociais, passando a fazer parte do dia a dia das pessoas. No universo das drogas, não é diferente. Muitas substâncias novas e antigas se imiscuem no contingente de experimentação, sobretudo dos jovens. O *crack* é uma delas.

Com isso, os problemas de saúde, de cunho social e de segurança relacionados ao uso e abuso dessa substância chegaram à Atenção Básica à Saúde. Contudo, o que constatamos na prática são profissionais desprovidos de suporte e qualificação para prestar atendimento e cuidado a essa população. Ademais, existe por parte dos profissionais de saúde da Atenção Básica uma resistência para trabalhar com o tema. Muitos possuem uma ideia preconcebida de que abordar alguém sobre o uso de drogas é constrangedor. Outros desacreditam nas ações preventivas ou de reabilitação. Há, ainda, aqueles que sentem receio da exposição de sua integridade física e emocional.

Para Lacaz *et al.* (2011), a qualidade das ações na Atenção Básica, em que predominam as tecnologias consideradas leves, caracterizadas pelo encontro entre os empregados do setor e os usuários, tem como um dos fatores mais determinantes, a satisfação dos trabalhadores que atuam na Rede Básica. Portanto, é de vital importância para a estabilidade e o vínculo de trabalho que haja capacitação permanente desses profissionais.

Para Tófoli (2013), é importante que os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) não se deixem levar pelo ofuscamento que contamina a visão sobre o *crack* no Brasil e seduz os políticos a soluções fáceis e autoritárias transvestidas de políticas públicas, o que reforça a necessidade de maior conscientização e capacitação técnica daqueles que lidam com o tema em suas atividades laborais diárias.

Vasconcelos *et al.* (2013) afirmam que a resolubilidade nos serviços de saúde pública, no contexto da abordagem aos usuários de *crack*, deve acontecer mediante ação interdisciplinar, por meio de discussões e educação permanente dos profissionais, participação e controle social, assumindo uma atitude de acolhimento, escuta, dando respostas positivas à população nas necessidades, o que passa pela criação de vínculos efetivos entre usuários e trabalhadores, por via do estabelecimento de relações de troca e confiança.

Mattos (2004) considera ser da maior relevância a formação de equipe quando se pensa no ensino do trabalho com dependentes químicos. Para o desempenho desse serviço é necessário um tipo de intervenção que envolva

diferentes segmentos da vida do paciente, exigindo, em função da base psicopatológica presente, ações mais diretas, capazes de produzir adesão do adolescente e de oferecer maior sustentabilidade à estrutura familiar. A fim de que essa perspectiva se consolide, é preciso existir uma compreensão e um modo de transmissão do conhecimento e das práticas de intervenção que se realizem nas mesmas condições da sua aplicação clínica, alcançando, com isso, o aspecto transdisciplinar.

No Brasil, até muito recentemente, o uso e abuso de drogas se constituía num problema à parte dos serviços de saúde e, portanto, do âmbito dos serviços especializados (SUPERA, 2014).

Somente nos últimos três anos é que o Ministério da Saúde tem estendido a atenção ao uso e abuso de drogas aos serviços de saúde em geral, utilizando-se dos principais programas de Atenção Básica à Saúde, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) (SUPERA, 2014).

Por essa razão, a Atenção Básica de Saúde vem sendo desafiada a se reinventar para atender às necessidades crescentes e diversificadas de uma sociedade plural, numerosa e geograficamente dispersa como a brasileira. A complexidade desse quadro é ainda mais emblemática quando se trata da saúde mental e da questão relacionada ao enfrentamento das drogas.

Parte importante desse desafio envolve a carência de trabalhadores de saúde da Atenção Básica que possuam treinamento mínimo necessário para realizar os cuidados básicos e o encaminhamento adequado dessa população mentalmente adoecida e vitimada pelos problemas das drogas, exigindo mudanças amplas e efetivas com desdobramento social mais eficaz (SUPERA, 2014).

Nesse sentido, vale ressaltar que o número de crianças e adolescentes sob risco de serem futuros usuários é grande e subestimado. As pessoas sentem muito receio em admitir a adicção individual ou de um familiar. A estigmatização do usuário aumenta a dificuldade de abordagem do tema e a procura de ajuda por parte deste à Unidade Básica de Saúde.

Em certa medida, tal estigma é produto da falta de empatia do trabalhador da Atenção Básica de Saúde para com o assunto, especialmente pela deficiência na capacitação que lhe permita lidar corretamente com esse tipo de demanda, cujo atendimento requer abordagem e procedimentos específicos no acolhimento e encaminhamento dos pacientes e de suas famílias.

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação (DEGES), vinculado à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), de acordo com sua responsabilidade pela definição e desenvolvimento de políticas relacionadas à formação de pessoal da saúde, tanto no nível superior como no nível técnico-profissional, implementou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), definindo como pilares desse processo a regionalização, a criação dos espaços de articulação e a observância dos princípios da educação permanente na elaboração dos planos estaduais (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), é compreendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abrangendo também a organização dos serviços. Constitui-se num trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, com vistas à identificação de problemas cotidianos e à construção de soluções (PNEPS, 2015).

A Educação Permanente em Saúde destina-se a públicos multiprofissionais, objetivando as transformações das práticas técnicas e sociais. Preocupa-se com os problemas cotidianos das práticas das equipes de saúde e se insere de forma institucionalizada no processo de trabalho, gerando compromissos entre os trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários para o desenvolvimento institucional e individual. Utiliza práticas pedagógicas centradas na resolução de problemas, geralmente por meio de supervisão dialogada e oficinas de trabalho realizadas, preferencialmente, no próprio ambiente de trabalho, além de ser contínua dentro de um projeto de consolidação e desenvolvimento do SUS (PNEPS, 2015).

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, ao reconhecer a questão do uso de álcool e outras drogas como problema de saúde pública, preconiza a necessidade imperiosa de capacitação e formação de modo orientado aos profissionais de saúde, em uma perspectiva multiprofissional. A capacitação destes diversos profissionais deve considerar a sua formação e atuação, contemplando as intervenções possíveis em cada nível assistencial. Observa, ainda, que sempre deve ser considerado o potencial informativo que esses trabalhadores detêm junto aos usuários dos serviços de saúde e suas famílias, o mesmo ocorrendo em relação às suas comunidades, de forma geral (BRASIL, 2003).

O Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), regulamentado pelo Decreto número 5.912, de 27 de setembro de 2006, tem como um dos objetivos, promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país (BRASIL, 2006).

Todos os dias, os meios de comunicação em massa do País nos colocam diante de noticiários e pesquisas evidenciando a escalada dos índices de homicídios, drogadição e crescimento do narcotráfico, destacando-se a participação crescente da faixa etária jovem e potencialmente produtiva da população brasileira.

O esforço para mudar essa recorrente cultura de violência, sempre presente, é, de fato, um desafio. Investir em processos educativos parece ser estratégia privilegiada de mudança, quando se almejam transformações mais permanentes (SUPERA, 2014).

Cada vez mais são fundamentais o conhecimento e a ampla disseminação da política e da legislação brasileira sobre drogas em todos os setores da sociedade brasileira, mostrando a sua importância como balizadores das ações de prevenção do uso, de tratamento e de reinserção social de usuários e dependentes, bem como do enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas (SUPERA, 2014).

Por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com Ministérios e Instituições de Ensino, o Governo Federal oferece

diversos cursos na modalidade de Ensino a Distância (EAD) visando capacitar os profissionais de saúde, educação e segurança pública de todo o País na prevenção ao uso de álcool e outras drogas (SENAD, 2015).

Pela parceria envolvendo a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (RJ), e o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT), o Grupo Hospitalar Conceição (RS) e a Rede de Escolas Técnicas do SUS, o Ministério da Saúde iniciou em agosto de 2013 o Projeto “Caminhos do Cuidado”, visando oferecer cursos de formação para a totalidade dos agentes comunitários de saúde distribuídos por todos os estados e regiões do país. Além desse público de agentes comunitários, a iniciativa vai abranger ainda um auxiliar ou técnico de enfermagem por cada equipe de saúde da família, perfazendo um total de 290.760 trabalhadores em saúde, que estarão recebendo informações sobre os melhores procedimentos e as práticas mais eficientes para o atendimento aos usuários de drogas, visando sempre à redução de danos. Esta ação se insere no eixo do Cuidado do plano integrado de combate às drogas ‘Crack, é Possível Vencer’, sob responsabilidade do Ministério da Saúde e articulado pela Casa Civil (CAMINHOS DO CUIDADO, 2015).

A participação do Estado do Ceará no projeto “Caminhos do Cuidado” foi iniciada em novembro de 2013, três meses após instalação do projeto, na sua terceira fase de expansão. A oferta de eventos de capacitação do projeto no estado do Ceará é realizada por meio de núcleos existentes na Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, localizada em Fortaleza, na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, sediada em Sobral, e na Escola de Saúde Pública de Iguatu (CAMINHOS DO CUIDADO NO CEARÁ, 2015).

Em níveis estadual e municipal, os Centros de Referência sobre Drogas (CRD) promovem ações de prevenção às drogas e de fortalecimento da atenção integral aos usuários e suas famílias, incluindo o acolhimento e encaminhamento de dependentes e seus familiares para as redes assistenciais e de reinserção social, além de cursos presenciais que contribuam para a capacitação dos profissionais de diversos setores permitindo atuarem de maneira integrada em consonância com a política nacional de combate e prevenção ao uso de álcool e outras drogas (CEARÁ, 2015; FORTALEZA, 2015).

Dada a existência de políticas e instrumentos voltados para a prevenção, tratamento e reinserção social aos usuários de drogas e suas famílias, impõe-se a necessidade da universalização do acesso da população a esses serviços, cuja oferta exige a capacitação dos diferentes atores sociais, de modo a transformá-los em multiplicadores de informações e, principalmente, agentes de prevenção.

Para tanto, o trabalhador de saúde da Atenção Básica, notadamente o Agente Comunitário de Saúde (ACS), se configura em importante elo na articulação de toda a cadeia que envolve essa problemática, exigindo que esse profissional seja sensibilizado e receba qualificação adequada e permanente para lidar com as mais diversas e complexas situações em torno do assunto.

Ao discutirem o perfil e a formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Marzari, Junges e Selli (2011) propõem que o perfil e a formação desses trabalhadores precisam ser mais bem definidos e especificados, considerando a necessidade de que esses profissionais devem estar comprometidos com sua realidade local e capacitados para contribuir na minimização dos fatores que respondem pelos indicadores socio sanitários, favorecendo o reconhecimento das condições de vida da população, das suas necessidades e prioridades.

Assim como o Agente Comunitário de Saúde (ACS), o restante da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou seja, médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde oral, os quais devem trabalhar em sintonia e somando esforços para o bem da população, precisam ser alvo de qualificação técnica e humanística continuadas no que se refere ao enfrentamento do uso do *crack* e outras drogas.

Esses profissionais necessitam estar a par do que existe para subsidiar seus atendimentos ao indivíduo e suas famílias. Há uma necessidade inadiável quanto à universalização de capacitação sobre drogas a todos os trabalhadores da Atenção Básica, com destaque para os que compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF), no intuito de que se produzam ações mais objetivas na condução positiva desse fenômeno.

Assim, é imprescindível a capacitação dos profissionais que atuam em todos os níveis de cuidado com a saúde na atenção ao uso e abuso de *crack* e outras drogas. Ao lado da capacitação em cuidados primários e encaminhamento adequado aos usuários de álcool e outras drogas, um passo importante é ter o conhecimento, proveniente de estudos científicos, sobre a real situação de consumo de drogas e seus determinantes entre os usuários desses serviços (SUPERA, 2014).

Atualmente, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) se posiciona em um espaço de indeterminação e incertezas no qual não há definição de competências, habilidades e saberes, estando esse trabalhador sempre na linha de frente do sistema sem, contudo, estar muitas vezes capacitado para atender as inúmeras demandas cotidianas, já que seu arsenal de ferramentas de trabalho é demasiadamente restrito e não condiz com o panorama amplo de representações e subjetividades apresentado no cotidiano de uma unidade de saúde da família (GALAVOTE *et al.*, 2011).

Da mesma forma, o restante da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) também necessita ser habilitada, treinada e municiada de tecnologias e recursos que dêem sustentação no cuidado junto aos adolescentes e suas famílias.

Diante do exposto, cabe destacar que na instrumentalização desses trabalhadores de saúde é possível contar com ferramentas cientificamente comprovadas e já adotadas em outros países, mas ainda pouco utilizadas na Atenção Básica, voltadas para se aferir o grau de envolvimento dos adolescentes com as substâncias psicoativas, a exemplo do DUSI (*Drug Use Screening Inventory*).

2.5 DUSI (*DRUG USE SCREENING INVENTORY*) E CADERNETA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE

O instrumento DUSI (*Drug Use Screening Inventory*) ou DUSI-R (*Revised*) foi, originalmente, desenvolvido nos Estados Unidos, pelo professor doutor e pesquisador da Universidade de Pittsburg, Dr. Ralph Tarter, em resposta a uma necessidade prática e objetiva de um questionário que avaliasse de forma rápida e eficiente os problemas associados ao uso de álcool e/ou drogas pelos adolescentes.

Disponível em quinze línguas, no Brasil, o DUSI-R foi adaptado e validado por pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo para ser utilizado na população de adolescentes.

O DUSI-R mede a gravidade de problemas em dez áreas, fornecendo um perfil de intensidade de problemas no tocante a: 1) uso de substâncias; 2) comportamento; 3) saúde; 4) transtornos psiquiátricos; 5) sociabilidade; 6) sistema familiar; 7) escola; 8) trabalho; 9) relacionamento com amigos; e 10) lazer/recreação. As questões são respondidas com “Sim” ou “Não”, sendo que as respostas afirmativas equivalem à presença de problemas.

De aplicação rápida e exigindo treinamento simples por parte dos aplicadores, o método DUSI-R tem se mostrado efetivo para triagem de jovens que possam precisar de intervenção ou tratamento para problemas associados ao uso de drogas. Os resultados fornecidos auxiliam no planejamento terapêutico e sua aplicação periódica permite o monitoramento do progresso do paciente em relação às metas estabelecidas. É um instrumento útil no seguimento de avaliação após intervenção preventiva ou terapêutica (SUPERA, 2014).

Após a aplicação do DUSI-R, quatro índices podem ser calculados: a) densidade absoluta de problemas, indicando a intensidade de problemas em cada área, isoladamente; b) densidade relativa de problemas, indicando a contribuição percentual de cada área no total de problemas; c) densidade global de problemas, indicando a intensidade geral de problemas; e d) Escala de “Mentira” (EM), refletindo a confiabilidade das respostas fornecidas (ROSÁRIO, 2011).

A presente pesquisa sugere a possibilidade de utilização de questionário (APÊNDICE B) com quinze perguntas da área 1 (uso de substâncias) do instrumento DUSI-R, com tradução, adaptação e validação para o Brasil efetuada pelas pesquisadoras Denise De Micheli Avallone e Maria, como instrumento de avaliação e prevenção ao enfrentamento ao uso de *crack* e outras drogas.

A aplicação da área 1 do DUSI-R, caso venha a ser adotada por algum serviço, é rápida (leva em média três minutos para ser realizada) e simples (respostas do tipo sim ou não), podendo ser utilizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) nas suas visitas domiciliares ou por outros trabalhadores de saúde no atendimento aos adolescentes quando estes buscarem os serviços de saúde na Unidade Básica.

A aplicação do questionário permitirá o levantamento situacional de uma determinada comunidade assistida pela Unidade Básica de Saúde quanto ao envolvimento do adolescente com o uso de *crack* e outras drogas, além de selecionar aqueles que possam passar pelo método da intervenção breve.

Assim como a aplicação do DUSI-R, que poderá oferecer grandes benefícios quando implementada na Atenção Básica, a Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA) também se apresenta como um instrumento valioso para disseminação de informações sobre questões relativas à saúde do adolescente.

Criada em 2008, a Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA) foi concebida a partir da já conhecida Caderneta de Saúde da Criança (CSC). A CSA é voltada para os adolescentes na faixa de 10 a 19 anos. Elaborado pela Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde, o material contempla produções voltadas para o público feminino e masculino, trazendo dicas e temas variados.

Na CSA das meninas, há informações como tabela do ciclo menstrual e o corpo feminino, estágios de Tanner para a menina. Já na CSA dos meninos, há itens como ejaculação e funcionamento do pênis, circuncisão e estágios de Tanner para o menino. Além disso, a CSA aborda temas pertinentes aos dois gêneros, a exemplo de responsabilidades, direitos, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), dicas de saúde e nutrição, saúde oral, imunizações, sexualidade, higiene corporal, gravidez e sexo seguro, além de informações sobre sites e telefones úteis.

Cabe ressaltar que a atual versão da Caderneta de Saúde do (a) Adolescente (CSA) não apresenta conteúdos relacionados sobre educação em álcool e outras drogas, incluindo o *crack*, exceto o número do telefone do serviço Viva Voz (informações sobre drogas) que aparece na seção “Informações Úteis”, localizada na última página da referida caderneta (CSA, 2015).

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Analisar o conhecimento dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica sobre o uso do *crack* por adolescentes, em Fortaleza, Ceará, Brasil.

3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever a situação sociodemográfica dos trabalhadores;
- Identificar o conhecimento geral, empírico e técnico dos trabalhadores sobre o *crack*;
- Verificar a existência de relação entre o conhecimento sobre o *crack* e as características sociodemográficas dos trabalhadores;
- Propor a utilização e o aperfeiçoamento de ferramentas existentes que contribuam para capacitação dos trabalhadores.

MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Essa pesquisa é do tipo transversal, descritiva e analítica, com abordagem quantitativa.

Os desenhos de pesquisa transversal coletam dados em um só momento, em um tempo único, como uma fotografia de algo que acontece, com o propósito de descrever variáveis e analisar sua prevalência e interrelação em um momento determinado. De modo específico, os desenhos transversais descritivos têm como objetivo verificar a prevalência das modalidades ou níveis de uma ou mais variáveis em uma população (SAMPLIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

A abordagem descritiva de pesquisa científica pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada população ou fenômeno. As pesquisas descritivas também devem ser elaboradas com a finalidade de estabelecer correlações entre variáveis ou, indo além, determinar a natureza dessa relação. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A abordagem analítica de pesquisa científica permite testar hipóteses que geralmente foram elaboradas a partir de estudos descritivos. Esse tipo de investigação tem como propósito aprofundar o estabelecimento de relação entre causa e efeito entre as variáveis estudadas. No campo da saúde, por exemplo, a pesquisa analítica pretende examinar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou qualquer outra condição relacionada principalmente à saúde (DÜPPRE, 2014).

Os estudos classificados como quantitativos quanto à natureza dos dados pesquisados conduzem a resultados que podem ser quantificados por meio da utilização de ferramentas estatísticas para tratamento e análise dos dados, contemplando procedimentos visando medir as relações existentes entre as

variáveis, que por sua vez são previamente estabelecidas, à semelhança das hipóteses (ALMEIDA, 2011).

4.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

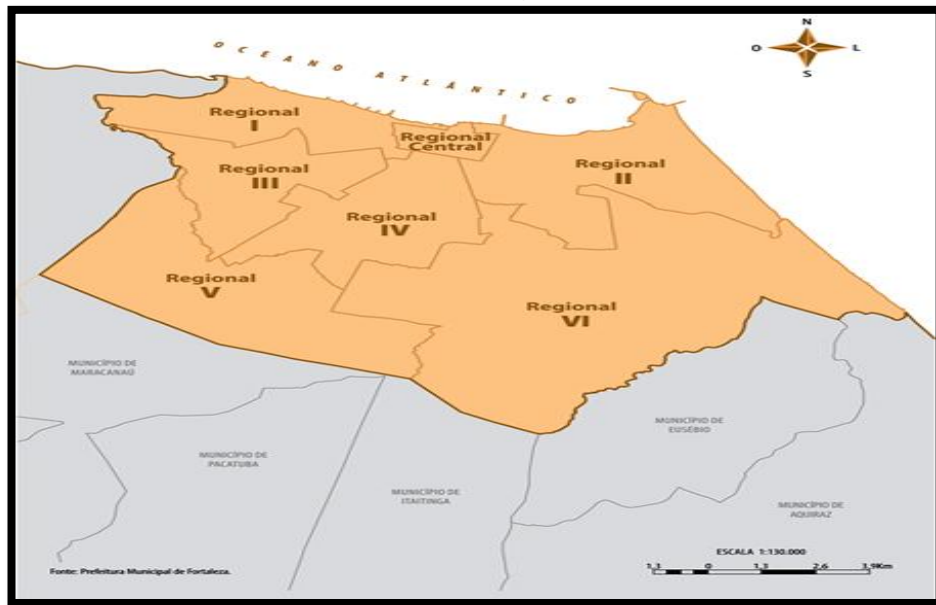
Esta pesquisa foi realizada junto aos trabalhadores de saúde da Atenção Básica à Saúde (ABS), estratificada de acordo com as regionais da cidade de Fortaleza (FIGURAS 1 e 2), capital do Estado do Ceará, no período de março a maio de 2015.

O município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, localiza-se na região Nordeste do Brasil, possuindo uma área territorial absoluta de 320,12 quilômetros quadrados, clima tropical quente sub-úmido, população de 2.452.185 habitantes, renda per capita de R\$ 15.161 e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,754 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2015).

Em relação aos indicadores de saúde, Fortaleza conta com um total de 312 unidades (públicas e privadas) e 18.104 trabalhadores de saúde ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (IPECE, 2013). Desse total, 4.076 atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo médicos, dentistas, enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e auxiliares de enfermagem, compondo as equipes de Estratégia de Saúde da Família (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

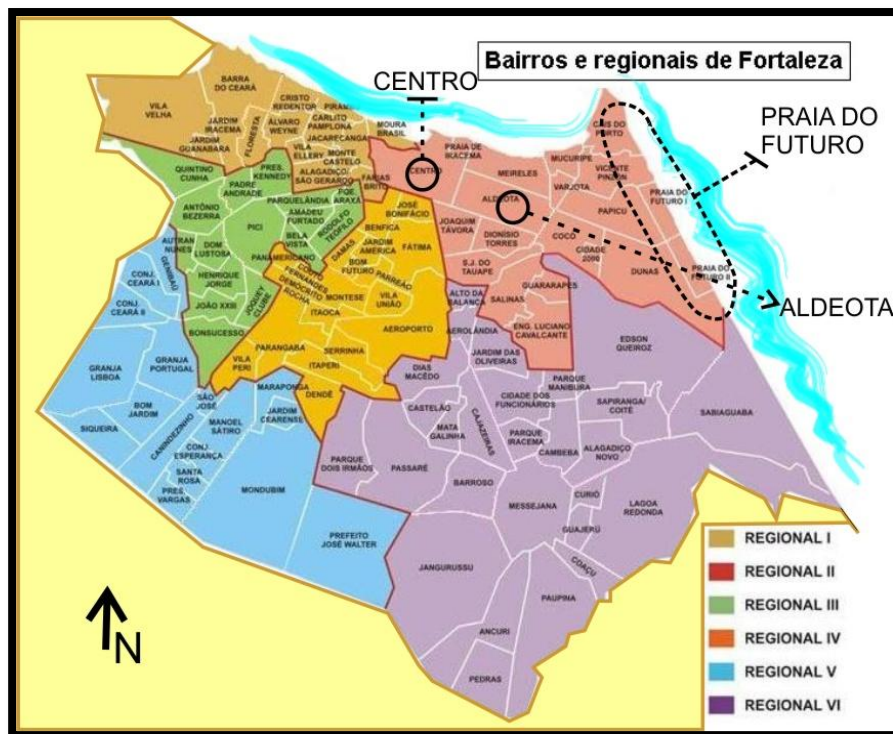
A Secretaria Municipal de Saúde é o órgão da administração direta da Prefeitura de Fortaleza que gerencia a oferta de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A porta de entrada dos serviços de saúde são os postos de Saúde ou Centros de Saúde da Família, num total de 92 UAPS (Unidade de Atendimento Primário à Saúde) que oferecem a atenção básica ou primária à população da cidade, tendo como referência a Estratégia de Saúde da Família (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

FIGURA 4 – Secretarias Regionais de Fortaleza



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2014)

FIGURA 5 – Bairros e Secretarias Regionais de Fortaleza



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2014)

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Neste estudo, a população foi composta por 4.076 trabalhadores da saúde, que atuam nas 92 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza-Ceará. Estas unidades estão distribuídas entre as seis Secretarias Regionais (SR) existentes na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), vinculada à Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF) (FORTALEZA, 2014).

Considerando-se que o número de trabalhadores é conhecido, optou-se por definir a amostra com base no cálculo para populações finitas. A amostra inicial foi calculada com a prevalência de 50% (devido o desconhecimento da prevalência prévia na população em estudo), ao nível de significância de 5%, e um erro amostral de 3,5% totalizando 658. A **amostra final de trabalhadores da atenção básica (n=778)** foi obtida, com o acréscimo de 18,3% sobre a amostra inicial, a fim de evitar possíveis perdas. A amostra foi estratificada de acordo com os trabalhadores que compuseram esta pesquisa com base na proporção de trabalhadores da população. Os dois níveis de estratificação envolveram: primeiro, os trabalhadores de saúde da Atenção Básica, formado pelos **Agentes Comunitários de Saúde – ACS (419)**, e segundo, pelos **Outros profissionais (359)**, compreendendo médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde oral.

Foram pesquisados trabalhadores pertencentes às diferentes categorias que prestam serviços na Estratégia de Saúde da Família ou Programa de Saúde da Família (PSF), na Atenção Primária à Saúde da cidade de Fortaleza, incluindo médicos, dentistas, enfermeiros, Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), técnicos ou auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Foram excluídos da amostra os trabalhadores de licença nos dias da coleta de dados.

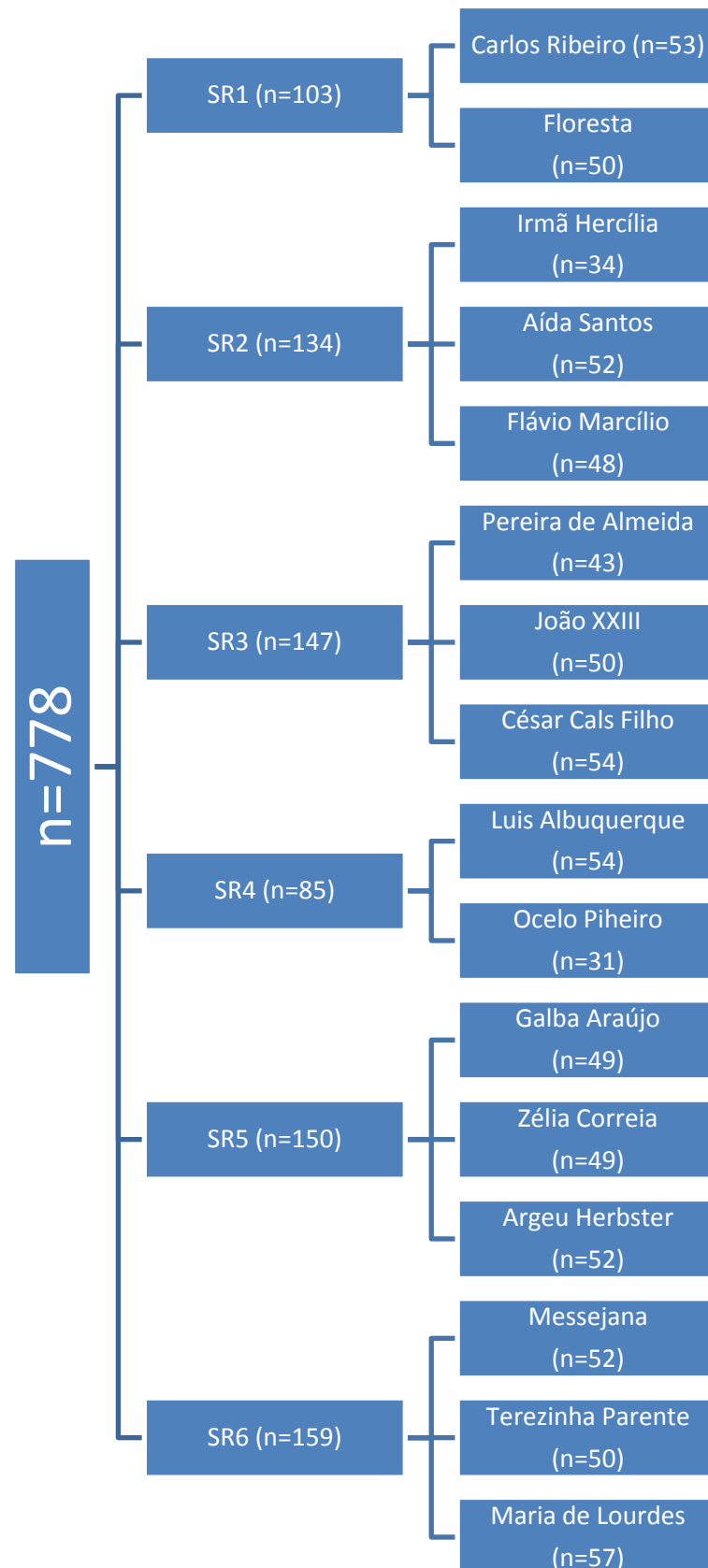
O processo de coleta de dados obedeceu aos passos a seguir descritos.

Inicialmente, a estratificação distribuída em **dois níveis**, deveu-se à importância da escolha dos **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)** tendo em vista que eles são trabalhadores, que normalmente residem próximo às comunidades atendidas pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) às quais estão vinculados, sendo, portanto, o primeiro canal de comunicação junto às famílias que demandam os serviços da Atenção Básica. A relevância para a escolha, em relação ao segundo nível, **Outros profissionais** (médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde oral), ocorreu devido ao fato de serem eles trabalhadores de saúde, como integrantes da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e por estabelecerem vínculos com as comunidades, seja a partir das visitas realizadas às famílias ou no atendimento clínico nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

Posteriormente, a estratificação foi realizada entre as seis regionais para cada nível analisado, obtendo-se a amostra desejada em cada uma delas. Utilizou-se como critério de escolha das UAPS de cada regional, aquelas que apresentaram a maior quantidade de trabalhadores. Deste modo, nas regionais SER I e SER IV foram escolhidas apenas duas UAPS, respectivamente em cada uma delas, e nas demais, três UAPS.

Obviamente, a seleção das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) tomou por base, aquelas cujo total desses trabalhadores fosse maior que o tamanho da amostra (n), na respectiva Secretaria Regional (SR). Foram pesquisados trabalhadores pertencentes às diferentes categorias que prestam serviços na Estratégia de Saúde da Família (ou Programa de Saúde da Família – PSF), na Atenção Primária à Saúde da cidade de Fortaleza, incluindo médicos, dentistas, enfermeiros, Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), técnicos ou auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

FIGURA 6 – Tamanho das amostras estratificadas, conforme os trabalhadores, regionais e as maiores UAPS de Fortaleza, Ceará, 2014



4.4 VARIÁVEIS

A variável desfecho correspondeu ao conhecimento dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o *crack*, dicotomizada em “satisfatório/insatisfatório” nas categorias geral, empírica e técnica. Para compor cada categoria, utilizaram-se as questões referentes ao instrumento utilizado na coleta de dados, seguindo exposto abaixo:

Quadro 1 – Questões referentes a cada categoria de composição dos desfechos.
Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015

Tipo de conhecimento	Questões
Conhecimento geral (empírico e técnico)	<p>Questões 1 a 12, 14 a 19</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Você sabe o que é <i>crack</i>? 2- Você já viu o <i>crack</i>? 3- Você sabe de que forma se usa o <i>crack</i>? 4- Você sabe onde se compra o <i>crack</i>? 5- Você sabe quanto custa o <i>crack</i>? 6- Você conhece algum adolescente que usa <i>crack</i>? 7- Você conhece os efeitos do uso do <i>crack</i>? 8- Você sabe diagnosticar a dependência do <i>crack</i>? 9- Você conhece os sintomas de abstinência do uso do <i>crack</i>? 10- Quando você se depara com alguma mãe, pai ou outro parente buscando ajuda para um adolescente envolvido com o consumo de <i>crack</i>, você se sente apto para ajudá-lo? 11- Você conhece os diferentes tipos de ações a serem adotadas no enfrentamento do uso do <i>crack</i>? 12- Você saberia indicar grupos de apoio para adolescentes usuários de <i>crack</i>? 14- Você conhece as medidas em defesa dos direitos da criança e do adolescente do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) ? 15- Você conhece as ações do Governo Federal para enfrentamento ao uso de <i>crack</i> e outras drogas?

	<p>16- Você conhece a legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil?</p> <p>17- Você sabe programa o que é OBID, CEBRID e SENAD?</p> <p>18- Você conhece o “Crack é possível vencer”?</p> <p>19- Você sabe o que é “132VIVAVOZ”?</p>
Conhecimento empírico	<p>Questões 1 a 6</p> <p>1- Você sabe o que é <i>crack</i>?</p> <p>2- Você já viu o <i>crack</i>?</p> <p>3- Você sabe de que forma se usa o <i>crack</i>?</p> <p>4- Você sabe onde se compra o <i>crack</i>?</p> <p>5- Você sabe quanto custa o <i>crack</i>?</p> <p>6- Você conhece algum adolescente que usa <i>crack</i>?</p>
Conhecimento técnico	<p>Questões 7 a 9 (efeitos do uso do <i>crack</i>) e questões 10, 11, 12 e 14 a 19 (capacidade de enfrentamento).</p> <p>7- Você conhece os efeitos do uso do <i>crack</i>?</p> <p>8- Você sabe diagnosticar a dependência do <i>crack</i>?</p> <p>9- Você conhece os sintomas de abstinência do uso do <i>crack</i>?</p> <p>10- Quando você se depara com alguma mãe, pai ou outro parente buscando ajuda para um adolescente envolvido com o consumo de <i>crack</i>, você se sente apto para ajudá-lo?</p> <p>11- Você conhece os diferentes tipos de ações a serem adotadas no enfrentamento do uso do <i>crack</i>?</p> <p>12- Você saberia indicar grupos de apoio para adolescentes usuários de <i>crack</i>?</p> <p>14- Você conhece as medidas em defesa dos direitos da criança e do adolescente do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) ?</p> <p>15- Você conhece as ações do Governo Federal para enfrentamento ao uso de <i>crack</i> e outras drogas?</p> <p>16- Você conhece a legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil?</p> <p>17- Você sabe o que é OBID, CEBRID e SENAD?</p> <p>18- Você conhece o programa “Crack é possível vencer”?</p> <p>19- Você sabe o que é “132VIVAVOZ”?</p>

O conhecimento empírico se referiu a questões que abordaram a proximidade com a população em estudo e a aspectos do cotidiano de quem utiliza a droga em questão; o conhecimento técnico levou em consideração questões associadas ao saber formal/especializado sobre a temática; e o conhecimento geral abordou os dois tipos de conhecimento.

A classificação dos desfechos em satisfatório/insatisfatório foi obtida com base no percentil 75% referentes ao somatório das respostas positivas das questões expostas acima para cada categoria. Desse modo, a obtenção da dicotomização seguiu o seguinte ponto de corte:

- Conhecimento geral: satisfatório (11 respostas positivas ou mais) e insatisfatório (menos de 11 respostas positivas);
- Conhecimento empírico: satisfatório (5 respostas positivas ou mais) e insatisfatório (menos de 5 respostas positivas);
- Conhecimento técnico: satisfatório (6 respostas positivas ou mais) e insatisfatório (menos de 6 respostas positivas).

As variáveis explicativas corresponderam aos aspectos sociodemográficos, conforme o exposto abaixo:

- Categoria profissional (médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e agente comunitário de saúde);
- Grau de instrução (fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto, superior completo, especialização, mestrado, doutorado);
- Tempo de serviço;
- Renda;
- Sexo;
- Idade;
- Estado civil/conjugal;
- Religião.

A variável “Renda” foi calculada segundo o Critério de Classificação Econômica Brasileira, com base na estimativa do poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. Ou seja, trata-se de classificação feita com base na posse de bens, e não com base na renda familiar, sendo construída para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas (ABEP, 2015).

Outras variáveis foram utilizadas para complementar o estudo, uma vez que estavam no mesmo instrumento de coleta de dados, mas não correspondiam às categorias do conhecimento. Elas foram obtidas da questão 13 (recebimento de capacitação) e questões 20 a 25 (relevância atribuída à problemática).

4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada em duas fases. Na primeira fase, fez-se a sensibilização, mostrando a temática e os objetivos aos trabalhadores das respectivas UAPS os quais foram convidados a participar da pesquisa, com leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A não aceitação em participar e/ou desistência, seguiu com a substituição do profissional em novo sorteio, utilizando-se os mesmos critérios.

A segunda fase da coleta de dados abrangeu o preenchimento de um questionário semiestruturado, contemplando variáveis explicativas, acima descritas (APÊNDICE A).

A descrição da situação socioeconômica e sociodemográfica dos trabalhadores de saúde pesquisados foi realizada a partir das questões agrupadas em dados pessoais, constantes do questionário. A identificação do conhecimento geral, empírico e técnico dos trabalhadores foi efetuada com base nas questões do grupo “Conhecimento sobre o Tema” existentes no citado instrumento.

4.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Na análise dos dados coletados, incluindo os procedimentos requeridos de armazenamento de dados, tabulação e apresentação gráfica, foram utilizados os recursos existentes na ferramenta *Microsoft Excel for Mac 2011*. O processamento dos dados gerais foi realizado por meio do programa estatístico PASW (*PredictiveAnalytics Software for Windows*), versão 17.0.

A análise descritiva foi realizada por meio das frequências (absoluta e percentual) e das medidas paramétricas (média e desvio padrão).

Na análise inferencial testou-se a existência ou não de associação entre o nível de conhecimento dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica e as variáveis socioeconômicas e sociodemográficas. Utilizou-se o teste do Qui-quadrado de Pearson, e na impossibilidade deste, o teste de Máxima Verossimilhança, para as variáveis qualitativas, ao nível de significância de 5%.

A força da associação entre o desfecho e as variáveis de exposição, dentro de cada bloco, foi medida por meio do *OddsRatio* (OR) bruto e ajustado que se encontram no cálculo da regressão logística múltipla, ao nível de significância de 5%.

Para a comparação entre as médias dos acertos das questões sobre o conhecimento geral, empírico e técnico e sua relação com a categoria profissional, utilizou-se o *t* de *student* e para a relação com a estratificação dessa categoria profissional, realizou-se o teste ANOVA, considerando nos dois casos o nível de significância de 5%.

Para o controle de possíveis fatores de confusão nas relações obtidas a partir da análise bivariada para as variáveis categóricas, foi utilizado o valor da OR ajustada, por meio da técnica de regressão logística.

Na análise multivariada, foram selecionadas as variáveis que apresentaram nível descritivo $p < 0,20$ para entrarem no modelo inicial de regressão logística e, para permanecerem no modelo, aquelas que tiverem valor de $p < 0,05$.

Para a realização da regressão foi utilizado o método 'retroceder: Wald', o qual foi retirando uma a uma as variáveis com maior valor de 'p' não significativo, até que o modelo fosse o mais ajustado possível. Este ajuste permitiu a identificação das variáveis de confusão, além de destacar a importância de cada variável selecionada para compor o modelo final.

Na análise final da regressão logística foram observados os critérios Hosmer e Lemeshow (1989), onde, o bom ajuste do modelo final proposto pode ser verificado, por meio das diferenças não significativas entre as probabilidades preditas e observadas. As variáveis significativas incluídas em cada bloco fizeram parte do ajuste do modelo (HOSMER; LEMESHOW, 1989).

4.7 QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). A coleta das informações no campo somente iniciou após avaliação e aprovação do CEP, conforme Parecer Consubstanciado n.º 880.229, constante do Anexo C. Os sujeitos participantes dos estudos tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (conforme modelo no APÊNDICE B), os quais foram assinados pelos que desejaram participar da pesquisa, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2012) e com a anuência da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – COGETS da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF).

O termo de consentimento foi assinado em duas vias por todos os sujeitos participantes. Em síntese, a coleta do material empírico respeitou os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas dos participantes.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Após a coleta de dados, os resultados encontrados foram apresentados conforme exposto nas tabelas e gráficos a seguir, com segregação nas fases descritiva e inferencial, visando melhor entendimento das informações.

Na fase descritiva, foram apontados os dados sociodemográficos, socioeconômicos e aqueles relacionados ao conhecimento sobre o *crack*. Na fase inferencial, apresentou-se a relação do desfecho (conhecimento sobre o *crack*) com as preditoras (dados sociodemográficos e socioeconômicos).

A partir da tabela 1, percebeu-se que a média de idade dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi de 40,6 (+ 8,89) e quemais da metade tinha 40 ou mais anos (50,4%), era mulher (81,0%), casado ou vivia em união estável (63,0%), possuía religião (91,0%). Quase metade (43,3%) tinha renda mensal de R\$ 1.000,00 ou superior.

Tabela 1 – sociodemográficas de profissionais da ESF de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015

Variáveis	f	%	Média (DP)
Idade			40,60 (\pm 8,89)
\geq 40 anos	392	50,4	
< 40 anos	365	46,9	
Sexo			
Masculino	146	18,8	
Feminino	630	81,0	
Estado civil/conjugal			
Casado/união estável	490	63,0	
Solteiro/outros	280	36,00	
Possui religião			
Sim	708	91,0	
Não	51	6,6	
Renda (em reais)			2616,69 (\pm 3501,34)

Continua...

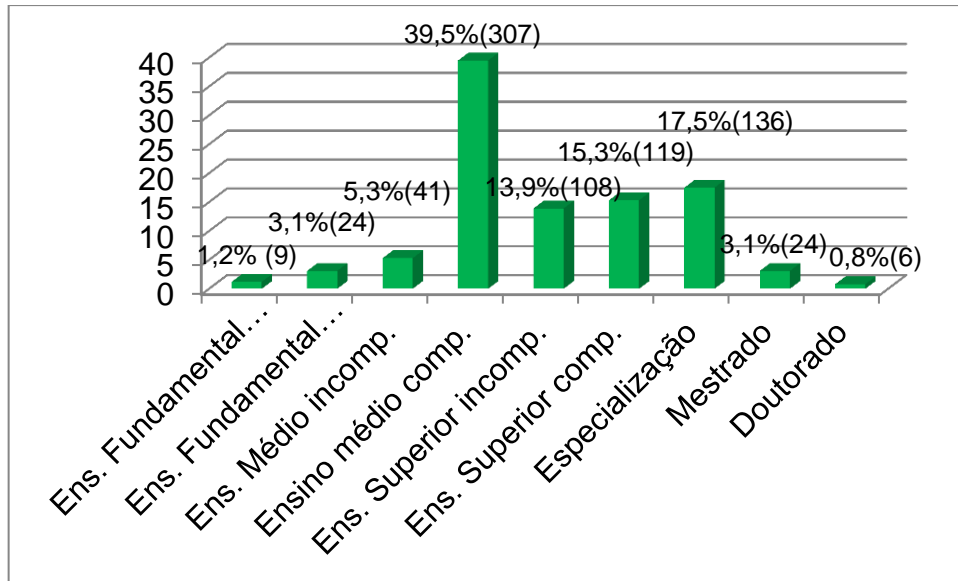
			<i>Continuação...</i>
Variáveis	f	%	Média (DP)
Idade			40,60 (\pm 8,89)
\geq 1000,00	337	43,3	
< 1000,00	291	37,4	
Escolaridade			
Até superior incompleto	493	63,4	
Superior completo ou mais	285	36,6	
Categoria profissional			
ACS	419	53,9	
Outros	359	46,1	
Tempo de serviço			9,15 (\pm 6,85)
\geq 5 anos	585	75,2	
< 5 anos	193	24,8	

Fonte: pesquisa de campo

f: frequência simples; %: frequência percentual; DP: desvio-padrão

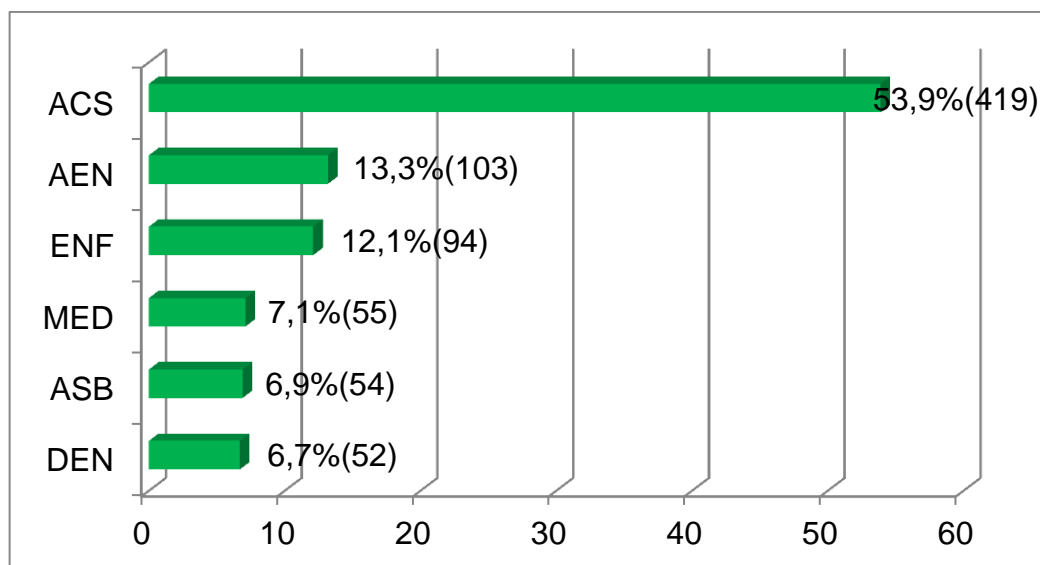
De modo a complementar a tabela 1, estratificou-se a escolaridade e a categoria profissional conforme os gráficos 1 e 2, respectivamente.

Com base no gráfico 1, percebeu-se que pouco mais de um terço dos trabalhadores tinham ensino médio completo (39,5%).

Gráfico 1 – Escolaridade de profissionais da ESF de Fortaleza, Ceará, Brasil. 2015

Fonte: pesquisa de campo

De acordo com o gráfico 2, 53,9% dos trabalhadores eram Agentes Comunitários de Saúde (ACS), correspondendo ao maior percentual de profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Gráfico 2 – Distribuição percentual das categorias profissionais da ESF de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015

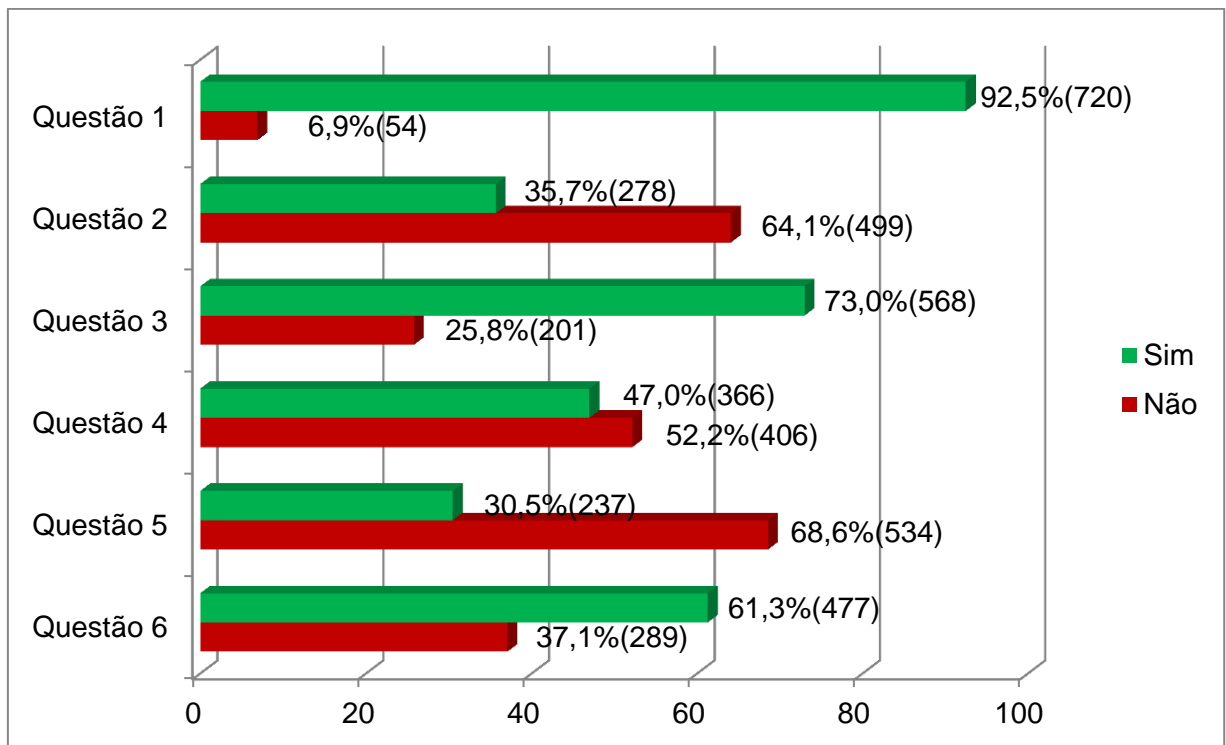
Fonte: Pesquisa de Campo

ACS: Agente comunitário de saúde; AEN: Auxiliar/técnico de enfermagem; ENF: Enfermeiro; MED: Médico; ASB: Auxiliar/técnico em saúde bucal; DEN: Dentista.

No que diz respeito ao conhecimento dos profissionais sobre o *crack*, as questões referentes ao desfecho foram analisadas de forma individual, sendo apresentadas em categorias relacionadas a Conhecimento Geral, Empírico e Técnico, conforme demonstrado por meio dos gráficos 3, 4 e 5.

O gráfico 3 apontou que os participantes do estudo acertaram em maior proporção, as questões 1, 3 e 6, sendo as demais respondidas com proporção maior de erro, acima de 60%.

Gráfico 3 – Distribuição percentual dos trabalhadores segundo as questões do conhecimento empírico dos trabalhadores da ESF sobre o *crack*. Fortaleza, Ceará, 2015

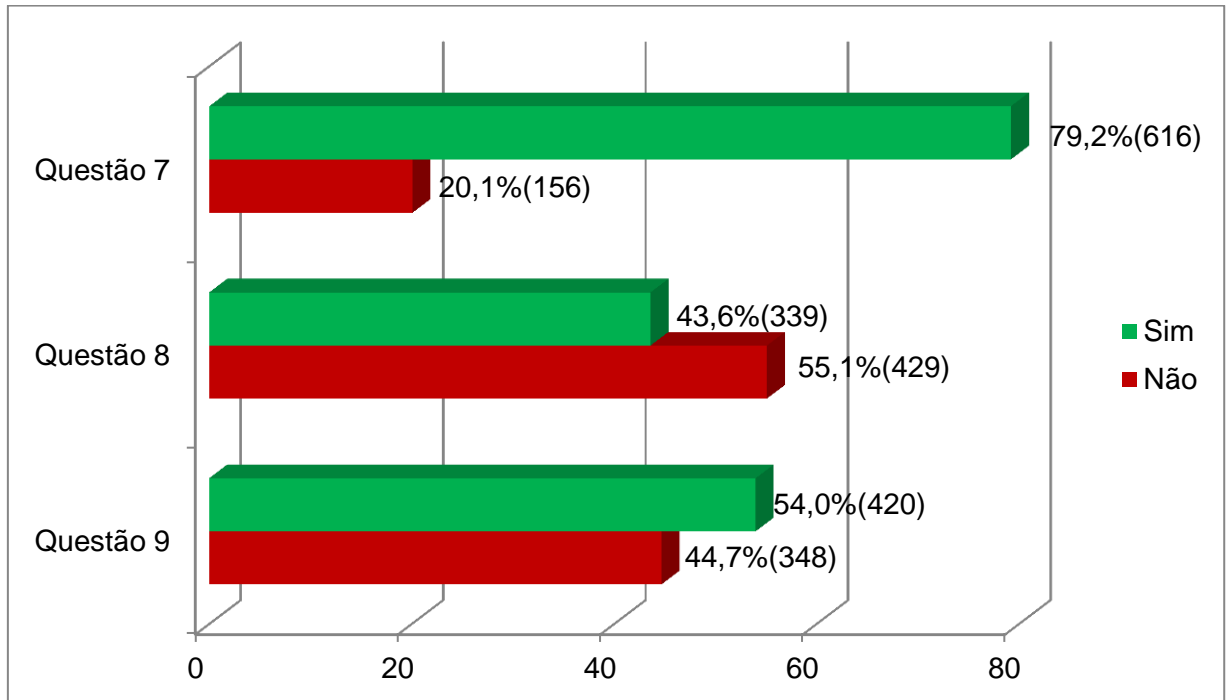


Fonte: Pesquisa de Campo

1- Você sabe o que é *crack*? 2-Você já viu o *crack*? 3- Você sabe de que forma se usa o *crack*? 4-Você sabe onde se compra o *crack*? 5-Você sabe quanto custa o *crack*? 6-Você conhece algum adolescente que usa *crack*?

Sobre os efeitos do uso do *crack*, conforme demonstrado no gráfico 4, verificou-se quemais da metade dos trabalhadores respondeu as questões 7 e 9, de maneira afirmativa, enquanto a questão 8 teve maior frequência percentual de erros (55,1%).

Gráfico 4 – Distribuição percentual dos trabalhadores segundo as questões referentes ao conhecimento técnico (efeitos do uso do *crack*) dos trabalhadores da ESF sobre o *crack*. Fortaleza, Ceará, 2015

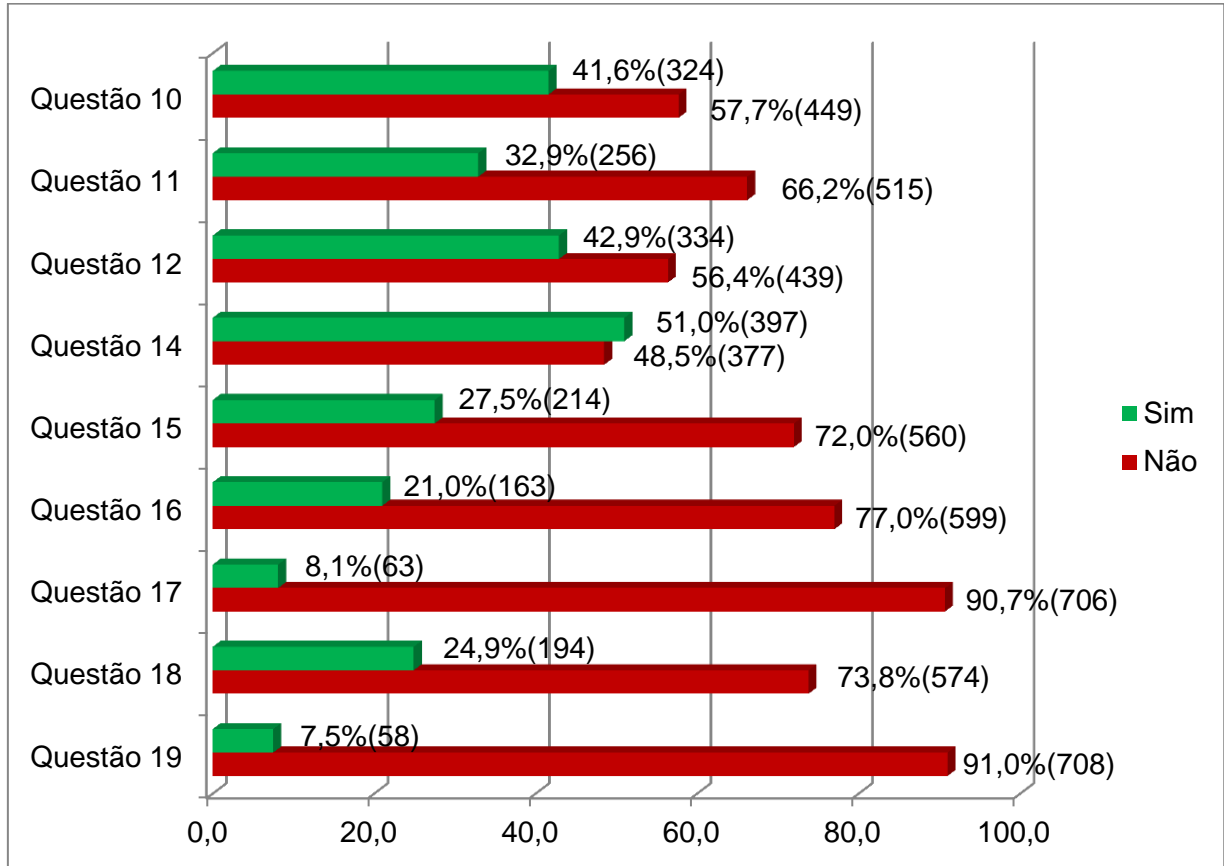


Fonte: Pesquisa de Campo

7 - Você conhece os efeitos do uso do *crack*? 8 - Você sabe diagnosticar a dependência do *crack*? 9 - Você conhece os sintomas de abstinência do uso do *crack*?

De acordo com o gráfico 5, também foi analisada a capacidade de enfrentamento dos trabalhadores, por meio das questões 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18 e 19. Dessa forma, verificou-se que apenas a questão 14 teve maior proporção de acertos (51,0%). Em todas as outras, o percentual de erro foi superior ao de acertos, representando mais da metade dos trabalhadores.

Gráfico 5 – Distribuição percentual dos trabalhadores segundo as questões referentes ao conhecimento técnico (capacidade de enfrentamento) dos trabalhadores da ESF sobre o *crack*. Fortaleza, Ceará, 2015

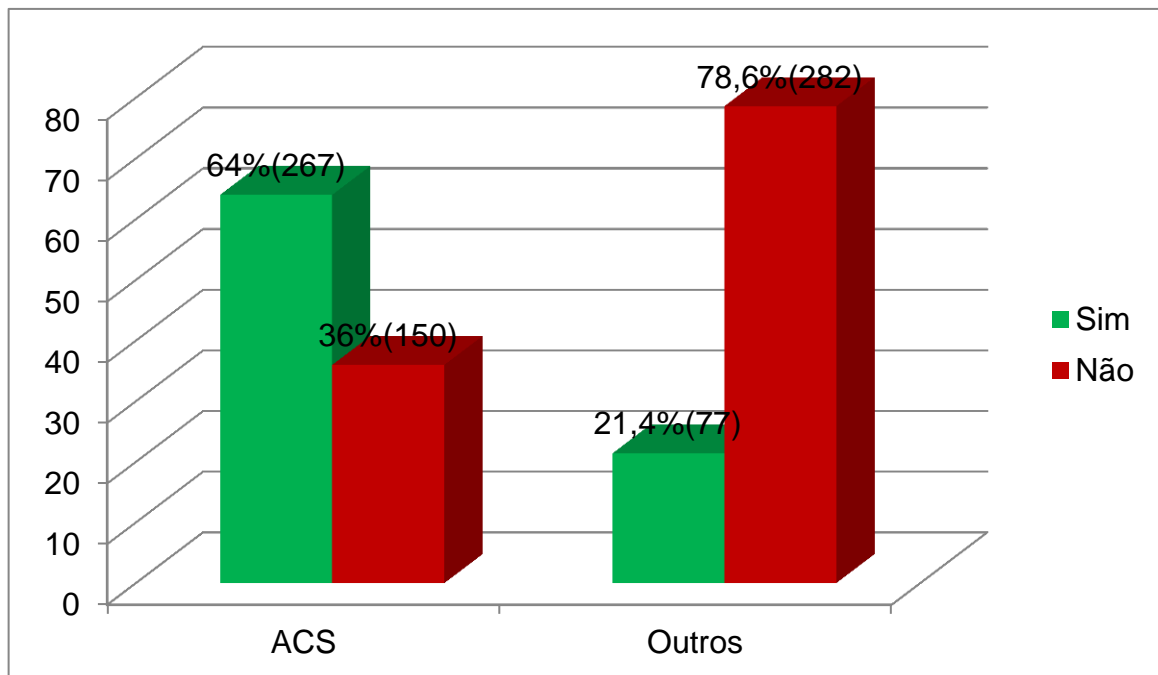


Fonte: Pesquisa de Campo

10-Quando você se depara com alguma mãe, pai ou outro parente buscando ajuda para um adolescente envolvido com o consumo de *crack*, você se sente apto para ajudá-lo? 11-Você conhece os diferentes tipos de ações a serem adotadas no enfrentamento do uso do *crack*? 12-Você saberia indicar grupos de apoio para adolescentes usuários de *crack*? 14-Você conhece as medidas em defesa dos direitos da criança e do adolescente do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente)? 15-Você conhece as ações do Governo Federal para enfrentamento ao uso de *crack* e outras drogas? 16-Você conhece a legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil? 17-Você sabe o que é OBID, CEBRID e SENAD? 18-Você conhece o programa “*Crack é possível vencer*”? 19-Você sabe o que é “132VIVAVOZ”?

Embora tenha sido apresentada no questionário do conhecimento sobre o *crack*, a ‘questão 13’ foi analisada para fins explicativos. Dessa forma, não foi introduzida para a contabilização do desfecho do estudo. Tal análise segue ilustrada no gráfico 6 (QUESTÃO 13), o qual evidenciou que um maior percentual de Agentes Comunitários de Saúde recebeu capacitação em relação à categoria “Outros” dos trabalhadores.

Gráfico 6 – Distribuição percentual das categorias profissionais da ESF, segundo capacitação sobre crack (questão 13). Fortaleza, Ceará, 2015

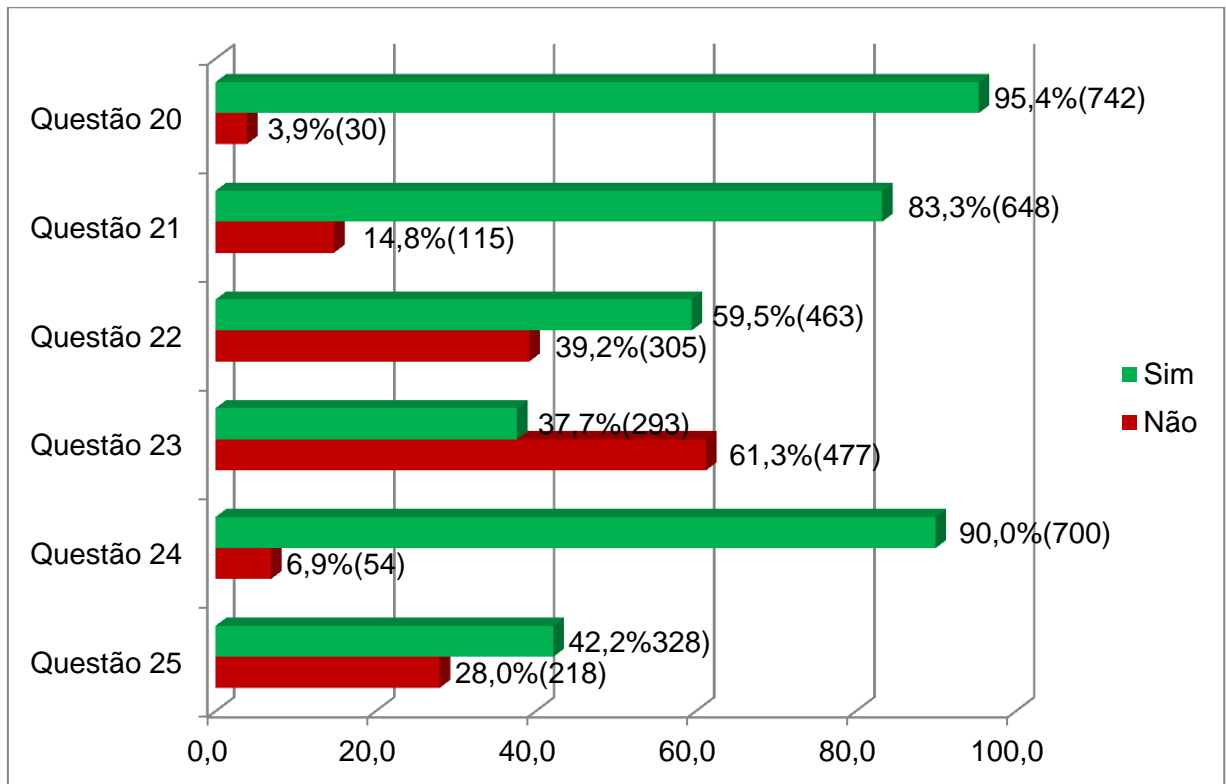


Fonte: Pesquisa de Campo

ACS: Agente comunitário de saúde.

Quanto às indagações a respeito da relevância atribuída à problemática, objeto da presente pesquisa, apenas a questão 23 apresentou maior percentual de respostas negativas, acima de 60% (GRÁFICO7).

Gráfico 7 – Distribuição percentual dos trabalhadores segundo questões referentes à relevância atribuída à problemática. Fortaleza, Ceará, 2015

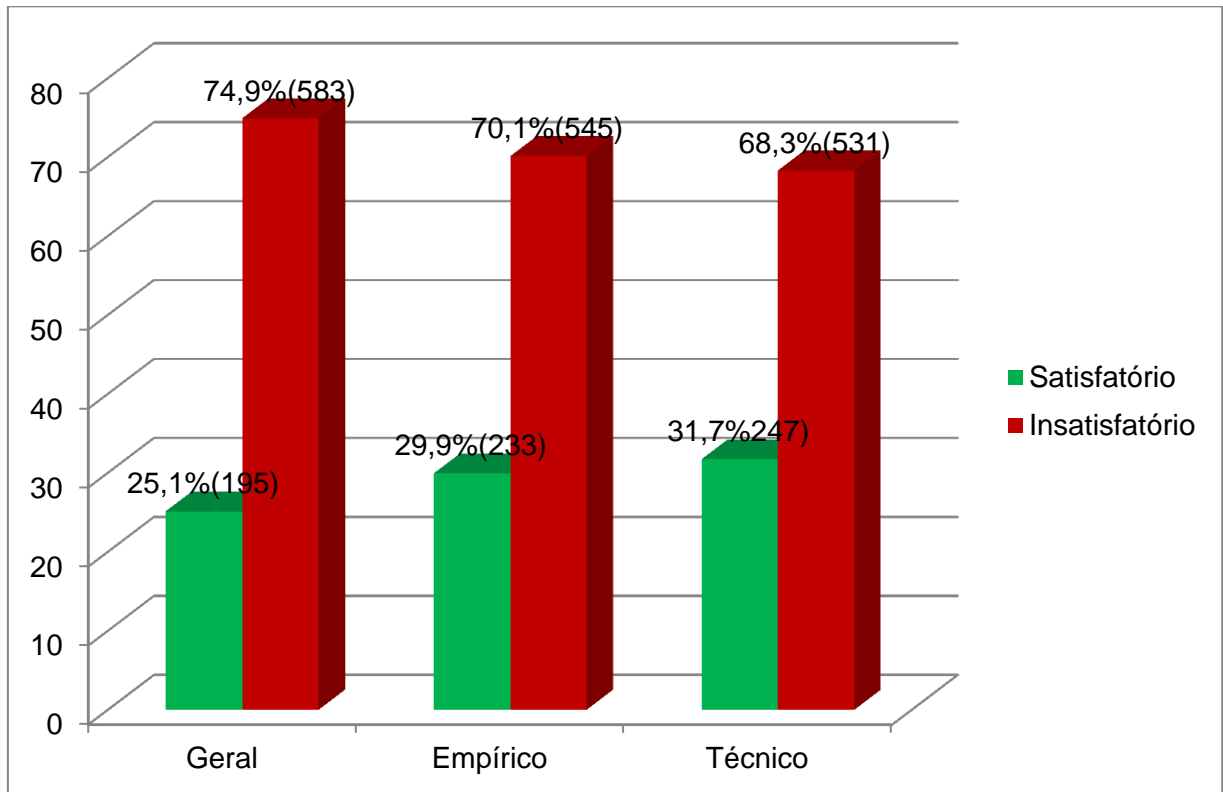


Fonte: Pesquisa de Campo

20-Você considera importante a implantação na Atenção Básica de cursos e treinamentos que o capacitem sobre o tema crack e adolescentes? 21-Você gostaria de ser capacitado sobre a prevenção do uso de crack por crianças e adolescentes e trabalhar com suas famílias? 22-Você conhece a Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA)? 23-Você conhece os temas abordados na CSA? 24-Você acha importante abordar o tema drogas / crack na CSA? 25-Os adolescentes desta UAPS têm recebido informações sobre os riscos de uso de crack e doenças como Tuberculose, Hepatites e HIV/AIDS?

Na análise dos desfechos, percebeu-se que o conhecimento dos trabalhadores da ESF mostrou-se insatisfatório em todas as categorias admitidas no estudo, ficando bem próximas do terceiro quartil (GRÁFICO8).

Gráfico 8 – Conhecimento geral, empírico e técnico dos profissionais da ESF sobre o crack. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015



Fonte: Pesquisa de Campo

Quando comparadas os acertos das questões em relação às categorias profissionais, observou-se que em todos os casos a média foi maior no grupo das ACS, sendo essa diferença estatisticamente significativa e cujo valor de t foi de 7,9(p=0, 000), 6,3(p=0, 000), 7,9(p=0,000) para o conhecimento, geral, técnico e empírico respectivamente (TABELA 2).

Tabela 2 – Comparação de médias do conhecimento geral, técnico e empírico segundo categoria profissional. Fortaleza, Ceará, 2015

	Variáveis	n	Média	Desvio padrão
GERAL	ACS	419	8,7947	4,20365
	OUTROS	359	6,5153	3,77424
TECNICO	ACS	419	4,9618	3,11171
	OUTROS	359	3,6184	2,80697
EMPIRICO	ACS	419	3,8329	1,71840
	OUTROS	359	2,8969	1,55278

Fonte: pesquisa de campo

ACS: Agente comunitário de saúde.

Quando estratificadas as categorias profissionais, verificou-se que a média de acertos continuou maior para o grupo dos ACS, ratificando mais uma vez a maior proximidade destes profissionais sobre o tema. Utilizou-se o teste ANOVA e foi constatada diferença significativa entre os grupos, cujo valor de F foi de 17,9 ($p=0,000$), 13,2 ($p=0,000$) e 18,7 ($p=0,000$) para o conhecimento geral, técnico e empírico, respectivamente (TABELA 3).

Tabela 3 – Comparação de médias do conhecimento geral, técnico e empírico segundo estratificação da categoria profissional. Fortaleza, Ceará, 2015

Variáveis		N	Média	Desvio padrão
GERAL	ACS	419	8,7947	4,20365
	AEN	103	6,4175	4,21371
	ASB	54	4,8889	3,04474
	DEN	52	5,5000	3,13425
	ENF	94	7,0851	3,66518
	MED	55	8,2545	3,47061
	Total	777	7,7426	4,16950
TÉCNICO	ACS	419	4,9618	3,11171
	AEN	103	3,9320	3,15999
	ASB	54	2,6667	2,06498
	DEN	52	2,4231	2,24348
	ENF	94	3,7447	2,77832
	MED	55	4,8545	2,65566
	Total	777	4,3411	3,04955
EMPÍRICO	ACS	419	3,8329	1,71840
	AEN	103	2,4854	1,61406
	ASB	54	2,2222	1,40976
	DEN	52	3,0769	1,35540
	ENF	94	3,3404	1,49949
	MED	55	3,4000	1,44786
	Total	777	3,4015	1,70910

Fonte: pesquisa de campo

ACS: Agente comunitário de saúde; AEN: Auxiliar/técnico de enfermagem; ENF: Enfermeiro; MED: Médico; ASB: Auxiliar/técnico em saúde bucal; DEN: Dentista.

Na análise inferencial dos dados categóricos, foram testados os possíveis fatores associados ao conhecimento geral, empírico e técnico relativos ao uso do *crack*, procedendo-se à análise bivariada, seguida da multivariada.

Inicialmente, relacionou-se o conhecimento geral com as características sociodemográficas e socioeconômicas, conforme descrito na tabela 4. Desse modo, observou-se que a maior proporção de conhecimento geral satisfatório foi evidenciada entre os trabalhadores da categoria profissional de Agentes Comunitários de Saúde e sexo masculino, com 34,1% e 36,6%, respectivamente.

Em relação à existência de associação estatística entre o conhecimento geral sobre o uso do *crack* (satisfatório; insatisfatório) com as variáveis sociodemográficas e socioeconômicas, verificou-se ao nível de significância de 5%, que somente, sexo ($p=0,009$), categoria profissional ($p<0,001$) e tempo de serviço ($p=0,029$) mostraram-se associadas estatisticamente ao desfecho.

Tabela 4 – Relação entre conhecimento geral sobre o *crack* e características sociodemográficas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015

Variáveis	Geral				p
	Satisfatório		Insatisfatório		
	f	%	f	%	
Idade					
≥ 40 anos	99	25,3	293	74,7	0,943
< 40 anos	93	25,5	272	74,5	
Sexo					
Masculino	49	36,6	97	66,4	0,009
Feminino	146	23,2	484	76,8	
Estado civil/conjugal					
Casado/união estável	121	24,7	369	75,3	0,594
Solteiro/outros	74	26,4	206	73,6	
Possui religião					
Sim	177	25,0	531	75,0	0,697
Não	14	27,5	37	72,5	
Renda (em reais)					
≥ 1000,00	92	27,3	245	72,7	0,738
< 1000,00	76	26,1	215	73,9	
Escolaridade					
Até superior incompleto	132	26,8	361	73,2	0,148
Superior completo ou	63	22,1	222	77,9	
Categoria profissional					
ACS	143	34,1	276	65,9	0,000
Outros	52	14,5	307	85,5	
Tempo de serviço					
≥ 5 anos	158	27,0	427	73,0	0,029
< 5 anos	37	19,2	156	80,8	

Fonte: pesquisa de campo

ACS: Agente comunitário de saúde; f: frequência simples; %: frequência percentual; p-valor ao nível de significância de 5%.

Na tabela 5, observou-se que a maior proporção de conhecimento empírico satisfatório sobre o uso do *crack*, na categoria de ACS do sexo masculino, com 41,3% e 42,5%, respectivamente. Na análise inferencial sobre a existência de associação do conhecimento empírico sobre o uso do *crack* com as demais variáveis, mostraram-se significantes, ao nível de 5%, as variáveis: sexo ($p < 0,001$), escolaridade ($p < 0,030$), categoria profissional ($p < 0,001$) e tempo de serviço ($p < 0,001$).

Tabela 5 – Relação entre conhecimento empírico sobre o *crack* e características sociodemográficas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015

Variáveis	Empírico				p
	Satisfatório		Insatisfatório		
	f	%	f	%	
Idade					
≥ 40 anos	109	27,8	283	72,2	0,110
< 40 anos	121	33,2	244	66,8	
Sexo					
Masculino	62	42,5	84	57,5	0,000
Feminino	171	27,1	459	72,9	
Estado civil/conjugal					
Casado/união estável	143	29,2	347	70,8	0,390
Solteiro/outros	90	32,1	190	67,9	
Possui religião					
Sim	206	29,1	502	70,9	0,127
Não	20	39,2	31	60,8	
Renda (em reais)					
≥ 1000,00	111	32,9	226	67,1	0,656
< 1000,00	91	31,3	200	68,7	
Escolaridade					
Até superior incompleto	161	32,7	332	67,3	0,030
Superior completo ou	72	25,3	213	74,7	
Categoria profissional					
ACS	173	41,3	246	58,7	0,000
Outros	60	16,7	299	83,3	
Tempo de serviço					
≥ 5 anos	196	35,5	389	66,5	0,000
< 5 anos	37	19,2	156	80,8	

Fonte: pesquisa de campo.

ACS: Agente comunitário de saúde; f: frequência simples; %: frequência percentual; p-valor ao nível de significância de 5%.

Na tabela 6, observou-se a existência de maior proporção de conhecimento técnico satisfatório sobre o uso do *crack* entre os trabalhadores da categoria profissional de ACS e do sexo masculino, com 40,6% e 40,4%, respectivamente. Ao se realizar o teste estatístico, sobre a existência de associação significativa, ao nível de 5%, verificou-se que apenas as variáveis ACS ($p < 0,001$) e sexo masculino ($p = 0,013$) mostraram-se associadas com o desfecho, representado pelo conhecimento técnico sobre o uso do *crack*.

Tabela 6 – Relação entre conhecimento técnico sobre o *crack* e características sociodemográficas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015

Variáveis	Técnico				p
	Satisfatório		Insatisfatório		
	f	%	f	%	
Idade					
≥ 40 anos	126	32,1	266	67,9	0,915
< 40 anos	116	31,8	249	68,2	
Sexo					
Masculino	59	40,4	87	59,6	0,013
Feminino	188	29,8	442	70,2	
Estado civil/conjugal					
Casado/união estável	154	31,4	336	68,6	0,759
Solteiro/outros	91	32,5	189	65,7	
Possui religião					
Sim	222	31,4	486	68,6	0,245
Não	20	39,2	31	60,8	
Renda (em reais)					
≥ 1000,00	112	33,2	225	66,8	0,835
< 1000,00	99	34,0	192	66,0	
Escolaridade					
Até superior incompleto	160	32,5	333	67,5	0,578
Superior completo ou	87	30,5	198	69,5	
Categoria profissional					
ACS	170	40,6	249	59,4	0,000
Outros	77	21,4	282	78,6	
Tempo de serviço					
≥ 5 anos	187	32,0	398	68,0	0,820
< 5 anos	60	31,1	133	68,9	

Fonte: pesquisa de campo.

ACS: Agente comunitário de saúde; f: frequência simples; %: frequência percentual; p-valor ao nível de significância de 5%.

Para se estimar a força de associação entre o conhecimento técnico sobre o uso do *crack* com as variáveis preditoras, utilizou-se a razão de chances (OR). Com base nas associações estatisticamente significativas, verificou-se que houve maior chance dos homens terem conhecimento geral, empírico e técnico, em relação às mulheres, correspondendo a 1,68 (1,13 – 2,47), 1,98 (1,37 – 2,88) e 1,59 (1,10 – 2,31), respectivamente. Os que possuíam nível superior incompleto apresentaram-se estatisticamente significantes, ao nível de 5%, apenas sobre o conhecimento geral e empírico, correspondendo a 1,29 (0,91 – 1,82) e 1,44 (1,04 – 1,99), respectivamente. A categoria de ACS mostrou-se associada estatisticamente, ao nível de significância de 5%, com o conhecimento geral, empírico e técnico, sobre o uso do *crack*, com 3,06 (2,14 – 4,37), 3,50 (2,50 – 4,92) e 2,50 (1,82 – 3,44). Neste caso, o conhecimento sobre os três aspectos foi acima de duas vezes mais, nesta categoria de ACS. Apenas o conhecimento geral 1,56 (1,04 – 2,33) e empírico 2,12 (1,43 – 3,16) mostraram-se associação estatística, ao nível de significância de 5%, com o tempo de serviço superior a cinco anos (TABELA 7).

Tabela 7 – Razão de chance de variáveis sociodemográficas em relação ao conhecimento sobre o *crack*. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015

Variáveis	Geral OR bruto (IC 95%)	Empírico OR bruto (IC 95%)	Técnico OR bruto (IC 95%)
Idade			
≥ 40 anos	0,99 (0,71 – 1,37)	0,78 (0,57 – 1,04)	1,02 (0,75 – 1,38)
< 40 anos	1	1	1
Sexo			
Masculino	1,68 (1,13 – 2,47)	1,98 (1,37 – 2,88)	1,59 (1,10 – 2,31)
Feminino	1	1	1
Estado civil/conjugal			
Casado/união estável	0,91 (0,65 – 1,28)	0,87 (0,63 – 1,20)	0,95 (0,70 – 1,30)
Solteiro/outros	1	1	1
Possui religião			
Sim	0,88 (0,47 – 1,67)	0,64 (0,35 – 1,14)	0,71 (0,40 – 1,27)
Não	1	1	1
Renda (em reais)			
≥ 1000,00	1,06 (0,74 – 1,52)	1,08 (0,77 – 1,51)	0,96 (0,69 – 1,34)
< 1000,00	1	1	1
Escolaridade			
Até superior incompleto	1,29 (0,91 – 1,82)	1,44 (1,04 – 1,99)	1,09 (0,80 – 1,50)
Superior completo ou	1	1	1
Categoria profissional			
ACS	3,06 (2,14 – 4,37)	3,50 (2,50 – 4,92)	2,50 (1,82 – 3,44)
Outros	1	1	1
Tempo de serviço			
≥ 5 anos	1,56 (1,04 – 2,33)	2,12 (1,43 – 3,16)	1,04 (0,73 – 1,48)
< 5 anos	1	1	1

Fonte: pesquisa de campo

ACS: Agente comunitário de saúde; OD bruto: *OddsRatio bruto*; IC 95%: intervalo de confiança a 95%.

Para a entrada no modelo inicial de regressão, consideraram-se todas as variáveis cujo p-valor foi menor que 0,20. Nesse caso, para o conhecimento do tipo geral, entraram no modelo, as variáveis: 'sexo' 1,52 (1,02 – 2,27), e 'categoria profissional' 3,00 (2,10 – 4,30); ou seja, em relação ao conhecimento geral sobre o uso do *crack* é mais de três vezes superior aos outros profissionais. Para o conhecimento empírico, foram consideradas as variáveis: sexo masculino 1,72 (1,15

– 2,55), categoria de ACS 3,26 (2,29 – 4,63) e tempo de serviço superior a cinco anos 1,92 (1,25 – 2,96), como significantes estaticamente, ao nível de 5%. Notocante ao conhecimento técnico, foram consideradas estatisticamente significantes, ao nível de 5%, as variáveis: ‘sexo’ com 1,47 (1,03-2,15), ‘categoria profissional’ com 2,46 (1,79 – 3,39), conforme tabela 8.

Tabela 8 – Regressão logística simples (método retroceder: Wald) das variáveis relacionadas ao conhecimento sobre o crack. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.

Variáveis	Geral			Empírico			Técnico
	OD ajust (IC 95%) Etapa 1	OD ajust (IC 95%) Etapa 2	OD ajust (IC 95%) Etapa 3	OD ajust (IC 95%) Etapa 1	OD ajust (IC 95%) Etapa 2	OD ajust (IC 5%) Etapa 3	OD ajust (IC 95%) Etapa 1
Faixa etária							
≥ 40 anos	-	-	-	0,68 (0,49 – 0,96) ¹⁰	0,68 (0,49 – 0,95) ¹⁶	0,67 (0,48 – 0,94) ²¹	-
< 40 anos	-	-	-	1	1	1	-
Sexo							
Masculino	1,45 (0,97 – 2,17) ¹	1,48 (0,99 – 2,21) ⁵	1,52 (1,02 – 2,27) ⁸	1,67 (1,12 – 2,50) ¹¹	1,69 (1,13 – 2,52) ¹⁷	1,72 (1,15 – 2,55) ²²	1,47 (1,003-2,15) ²⁵
Feminino	1	1	1	1	1	1	1
Possui religião							
Sim	-	-	-	0,85 (0,45 – 1,60) ¹²	-	-	-
Não	-	-	-	1	-	-	-
Escolaridade							
Até superior incompleto	0,77 (0,51 – 1,15) ²	0,77 (0,51 – 1,15) ⁶	-	0,86 (0,59 – 1,30) ¹³	0,87 (0,58 – 1,30) ¹⁸	-	-
Superior completo ou mais	1	1	-	1	1	-	-
Categoria profissional							
ACS	3,31 (2,20 – 4,98) ³	3,38 (2,26 – 5,07) ⁷	3,00 (2,10 – 4,30) ⁹	3,46 (2,32 – 5,18) ¹⁴	3,48 (2,33 – 5,21) ¹⁹	3,26 (2,29 – 4,63) ²³	2,46 (1,79 – 3,39) ²⁶
Outros	1	1	1	1	1	1	1
Tempo de serviço							
≥ 5 anos	1,29 (0,85 – 1,96) ⁴	-	-	1,92 (1,24 – 2,95) ¹⁵	1,92 (1,25 – 2,96) ²⁰	1,92 (1,25 – 2,96) ²⁴	-
< 5 anos	1	-	-	1	1	1	-

Fonte: pesquisa de campo.

ACS: Agente comunitário de saúde; OD ajust: Odds Ratio ajustado; IC 95%: intervalo de confiança a 95%. 1: p=0,072; 2: p=0,196; 3: p=0,000; 4: p=0,232; 5: p=0,059; 6: p=0,198; 7: p=0,000; 8: p=0,040; 9: p=0,000; 10: p=0,027; 11: p=0,012; 12: p=0,607; 13: p=0,482; 14: p=0,000; 15: p=0,003; 16: p=0,025; 17: p=0,010; 18: p=0,486; 19: p=0,000; 20: p=0,003; 21: p=0,019; 22: p=0,008; 23: p=0,000; 24: p=0,003; 25: p=0,000; 26: p=0,000.

Após entrada no modelo pelo método ‘retroceder: Wald’, os fatores ‘sexo’ e ‘categoria profissional’ foram associados ao conhecimento geral. No caso do conhecimento empírico, permaneceram no modelo, os fatores ‘faixa etária’, ‘sexo’, ‘categoria profissional’ e ‘tempo de serviço’. E, finalmente, em relação ao conhecimento técnico, foram associados os fatores ‘sexo’ e ‘categoria profissional’. Deste modo, percebe-se que as variáveis ‘sexo’ e ‘categoria profissional’ foram comuns entre os três tipos de conhecimento sobre o uso do *crack*.

Especificamente, os trabalhadores da categoria profissional Agentes Comunitários de Saúde (ACS), do sexo masculino, demonstraram possuir mais conhecimento geral e técnico sobre o uso do *crack*. No caso do conhecimento empírico, as mesmas variáveis apareceram no modelo final, sendo o desfecho também explicado pela faixa etária e tempo de serviço. Ou seja, os trabalhadores da categoria profissional ACS, do sexo masculino, com 40 anos ou mais de idade e com cinco ou mais anos de tempo de serviço na Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresentaram melhor conhecimento empírico sobre o uso do *crack*.

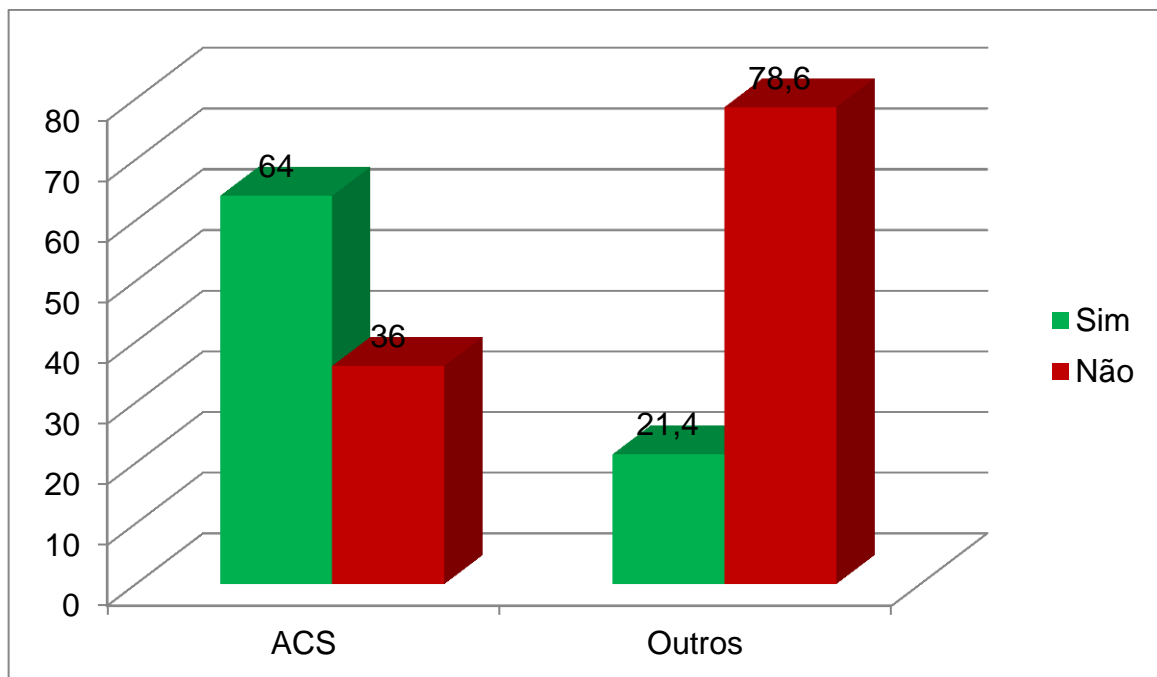
Quadro 2 – Fatores associados ao conhecimento de trabalhadores da ESF sobre o *crack*. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015

Geral	Empírico	Técnico
	Faixa etária	
Sexo	Sexo	Sexo
Categoria profissional	Categoria profissional	Categoria profissional
	Tempo de serviço	

De acordo com o quadro 1 e a tabela 8, dentre os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os trabalhadores da categoria profissional Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram os que apresentaram melhor conhecimento (geral, técnico e empírico) sobre o uso do *crack*. De posse dessa

informação, pôde-se perceber que talvez essa categoria profissional estivesse recebendo mais capacitação em relação ao tema. Assim, optou-se por relacionar à variável 'categoria profissional' com 'capacitação sobre o tema' (questão 13), cujos resultados encontram-se no gráfico 7.

Gráfico 9 – Distribuição percentual das categorias profissionais da ESF, segundo capacitação sobre *crack*. Fortaleza, Ceará, 2015



Fonte: pesquisa de campo

ACS: Agente comunitário de saúde.

Confirmando a ideia, verificou-se que maior percentual de ACS recebeu capacitação em relação aos outros profissionais, sendo essa relação estatisticamente significativa ($p=0,000$). Enquanto 64% dos ACS receberam capacitação, apenas 21,4% dos outros profissionais foram submetidos a esse processo.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

6 DOS RESULTADOS

As questões 1 (“Você sabe o que é *crack*?”), 3 (“Você sabe de que forma se usa o *crack*?”) e 6 (“Você conhece algum adolescente que usa *crack*?”) contemplam perguntas chaves do conhecimento empírico. A quantidade de acertos encontrados nessas questões reflete, muito provavelmente, o fato de que a maioria dos trabalhadores pesquisados é formada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A pesquisa confirma a realidade de que os ACS detêm o conhecimento prático da problemática, uma vez que esses trabalhadores conhecem as pedras de *crack*, já viram algum usuário utilizando esse tipo de droga e, o mais grave, conhecem adolescentes que fazem uso dessa substância.

Os dados pesquisados também apresentam um baixo acerto dos demais membros da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação às questões básicas sobre o conhecimento empírico do tema. Muito provavelmente por não desempenharem seu trabalho dentro da área física de moradia dos usuários, esses trabalhadores não se deparam com questões reais como o conhecerem as pedras de *crack* ou presenciarem alguém utilizando a substância. A realidade é tanto mais distante quanto mais o trabalhador se mantém afastado dos domicílios e permanece centralizado dentro da Unidade de Saúde.

Para Cabral e Albuquerque (2015), os ACS têm sua identidade profissional marcada pelos valores e pela cultura dos territórios nos quais estão inseridos e o saber empírico é a principal base conceitual do processo de trabalho. Esses mesmos autores afirmam ainda a importância de somar os conhecimentos populares e científicos para a efetivação das políticas de saúde mental, principalmente na Atenção Básica.

Para Ferreira *et al.* (2009), o ACS conduz seu processo de trabalho sob as lógicas do “agir tecnológico” e do “agir comunicativo”. Isso possibilita espaços de fala e escuta qualificada assim como a construção de vínculos afetivos e efetivos. Nesse sentido, tanto a família de um adolescente, como ele próprio, se sente mais à

vontade em assumir a condição de envolvimento com o *crack* para com um ACS do que diante de outro profissional da saúde.

Ainda segundo Ferreira *et al.* (2009), para os ACS, a produção do cuidado guarda, portanto, uma forte conexão com a intenção, as tecnologias relacionais e a liberdade desses profissionais na operação do seu processo de trabalho.

Para Guattari e Rolnik (2005), essas relações operam como fluxos que se interpenetram e entrecruzam em várias direções de forma rizomática, não só entre a equipe, desta com os usuários, como também com outras equipes e serviços, produzindo uma rede capaz de disparar processos de desterritorialização e reterritorialização produtora de devires.

Por outro lado, de acordo com Costa *et al.* (2014), a formação profissional para atuação com os problemas relacionados ao uso de drogas é deficitária, baseada no saber médico, enfocando a dependência e não priorizando a prevenção.

Assim sendo, esta pesquisa confirma o que boa parte da literatura científica sugere: i) ACS como detentores de práticas e saberes populares, reafirmando a preponderância destes em relação ao conhecimento empírico; ii) outros profissionais ainda muito focados no modelo assistencialista biomédico, faltosos da aproximação mais significativa com o usuário de saúde, passando ao largo da realidade local e desconhecendo as práticas e uso de substâncias ilícitas por indivíduos, os quais deveriam ser alvo dos seus cuidados, principalmente, os adolescentes.

É necessário, portanto, que os médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde oral sejam sensibilizados pelos números da realidade local e possam, dessa forma, se mobilizar em relação a essa grave casuística, conscientes de que, dentre outros males sociais, ela é geradora de violência que atinge indistintamente todos os cidadãos, desde o furto a um trabalhador na parada do ônibus, ao latrocínio, 'saidinhas bancárias', homicídios e sequestros dos que se encastelam em suas mansões e condomínios de luxo da grande metrópole.

Nesse sentido, o ACS, como integrante da comunidade onde presta atendimento é o participante da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que convive de perto e sente na própria pele as demandas dos usuários da Atenção Básica. Por ser dotado de um conhecimento prático baseado nas suas vivências diárias com a problemática do *crack*, o ACS possui um potencial de disseminação desse saber valioso junto aos outros trabalhadores da equipe da ESF.

Ainda dentro do conhecimento empírico, de acordo com a questão 5 (“Você sabe quanto custa o *crack*?”), cabe ressaltar que quase 70% dos pesquisados responderam “Sim”. Quando interrogados por meio da questão 4 (“Você sabe onde se compra o *crack*?”), mais da metade dos inquiridos responderam “Não”.

O medo de verbalizar a presença do narcotráfico dentro das comunidades pode ser a causa da prevalência da resposta negativa à questão 4. Na prática, o que se percebe é que, na tentativa de manter uma relação amistosa com a população e de salvaguardar o emprego e a integridade física, o trabalhador da saúde, mais notadamente o ACS, se exime de passar informações mais contundentes em relação ao comércio ilegal de substâncias ilícitas. A realidade é que esse mercado negro se passa debaixo dos olhos de todos, a céu aberto e na claridade do dia. Mas as regras de anonimato e sigilo são veladas e devidamente seguidas. Ninguém sabe ninguém vê... é a lei do mais forte, de quem manda no pedaço...

Segundo pesquisa recente sobre os Diagnósticos dos Homicídios no Brasil, elaborado pelo Sistema Nacional de Segurança Pública (SINESP) do Ministério da Justiça (ENGEL *et al.*, 2015), o Nordeste é a região com a maior taxa de mortes no país, por grupo de 100mil habitantes, com índice de 33,76. Conforme o levantamento, países com históricos de guerra civil como o Congo e com altas taxas de homicídio associadas ao narcotráfico como a Colômbia, possuem índices menores que o Nordeste brasileiro.

Em números proporcionais à população, o Estado com maior taxa de assassinatos é o Ceará, com índice de 46,9 mortes por 100 mil habitantes. Complementando tal fato, tem-se ainda que as taxas de homicídios de crianças, conforme a mesma pesquisa, se apresentam elevadas em vários municípios, a

exemplo de Juazeiro do Norte com 7,31, o qual ocupa o segundo lugar no ranking brasileiro de cidades pesquisadas (ENGEL *et al.*, 2015).

O diagnóstico da pesquisa citada apresenta indicadores que buscam levantar os fatores de riscos que levam ao cometimento de crimes, como a presença de gangues e drogas.

Para Cordeiro *et al.* (2014), o despreparo dos trabalhadores da Atenção Básica para lidar com a temática das drogas inclui o medo de se lidar com a questão nos territórios periféricos da cidade, cuja dinâmica está enredada na própria dinâmica do sistema de produção, distribuição e consumo das drogas.

Segundo Funes *et al.* (2009), o uso de drogas de abuso está inserido culturalmente nas comunidades, implicando em dificuldade no seu manejo, pela presença do tráfico, comercialização e fácil acesso a elas.

Em conformidade com essas exposições, corrobora-se a hipótese diante da desconexão encontrada para as questões 4 e 5 em que os respondentes, embora conhecendo todo o caminho de produção e comercialização do *crack*, não querem se comprometer ou confirmar a presença flagrante do narcotráfico dentro das comunidades.

Esses trabalhadores, na verdade, são vítimas do processo. Muitas vezes não conseguem adentrar aos domicílios porque os cercos às bocadas estão fechados por batidas policiais ou por conta de disputa de território entre gangues. Fatos como esses intimidam a ação do trabalhador da saúde, além de ser fonte de desgaste emocional com o trabalho. O Brasil e de forma mais acintosa, o Ceará e suas cidades, incluindo a sua capital, Fortaleza, estão sob o jugo inclemente dessa condição de liberdade aviltada diante da violência desproporcional que nos assola.

Quanto à questão 7 (“Você conhece os efeitos do uso do crack?”), 79,2 % dos trabalhadores responderam “Sim”. De igual modo, 54 % responderam de modo afirmativo a questão 9 (“Você conhece os sintomas de abstinência do uso do *crack*?”). Cerca de 55,1 % responderam “Não” para a questão 8 (“Você sabe diagnosticar a dependência do *crack*?”). A preponderância de respostas afirmativas para as perguntas 7 e 9 talvez indique a possibilidade de que os trabalhadores

pesquisados tenham oferecido respostas empíricas para questões técnicas. Por outro lado, o desconhecimento da maior parte dos respondentes sobre como diagnosticar a dependência do *crack* (QUESTÃO 8), revelando uma possível incongruência entre as três respostas, confirma a necessidade de capacitação técnica desses trabalhadores em relação ao tema.

O estudo de Barros e Pillon (2007), que investiga a problemática das drogas sob a ótica dos trabalhadores de uma unidade do PSF em Araçatuba-SP, revelou que 61% dos entrevistados perceberam que os problemas relacionados ao uso de drogas estão presentes entre os agravos frequentes no PSF e que 89% consideram muito importante assistir esses pacientes. Por outro lado, 64% consideram que o PSF tem ajudado pouco essas pessoas, e mais ainda, na opinião de 69% dos entrevistados, os usuários de substâncias ilícitas pouco se beneficiam da assistência oferecida na Atenção Básica.

Para Vargas, Oliveira e Luis (2010), se os pacientes usuários fossem vistos na Atenção Básica de forma mais ampla, poderiam se identificar aqueles que não apresentam ainda grandes problemas e serem alvos de estratégias de prevenção.

Para tanto, e reforçando os resultados das questões supracitadas, entendemos que se confirma a falta de qualificação técnica desses trabalhadores para interagir junto à população.

As questões relativas a leis e políticas públicas no enfrentamento ao uso de *crack* e outras drogas indica, com exceção da que interroga sobre o ECA (QUESTÃO 14), receberam percentuais mais elevados de respostas negativas. As questões que investigam sobre o conhecimento a respeito de órgãos importantes dentro da estrutura de enfrentamento, a exemplo da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD (QUESTÃO 17) e sobre o serviço “132 VivaVoz” de ajuda por telefone aos usuários e suas famílias (QUESTÃO 19), tiveram mais de 90% de desconhecimento. A questão 18 que indaga sobre o conhecimento do projeto “*Crack é Possível Vencer*”, do Governo Federal, também foi alvo de índice de quase 74% de respostas negativas, confirmando, assim, que a divulgação das políticas, legislação e instrumentos públicos existentes não chegam de forma efetiva aos

trabalhadores de saúde responsáveis pelo atendimento à população por meio da Atenção Básica.

Reis, Hungaro e Oliveira (2014) afirmam que os moradores de uma comunidade no Noroeste do Paraná, com elevados indicadores de violência relacionados ao uso de drogas de abuso, relataram não receber através dos serviços locais, dentre eles, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o repasse de informações e implementação das políticas públicas referentes ao enfrentamento do uso e abuso de drogas.

Num estudo de caso abordando o perfil e a formação do ACS, realizado por Marzari, Junges e Selli (2011), com um grupo focal envolvendo dez ACS pertencentes à ESF do município de Santa Maria no Rio Grande do Sul, viu-se que esses trabalhadores, ao perceberem lacunas na sua formação, buscam por conta própria a sua profissionalização através do conhecimento técnico científico. Desse modo, infere-se que tais profissionais se sentem despreparados do ponto de vista técnico para a sua atuação frente a questões de saúde na Atenção Básica. Alargando essa compreensão, entendemos que esse despreparo é tanto mais importante quando falamos de saúde mental e das estratégias de enfrentamento ao uso de substâncias ilícitas.

Souza e Ronzani (2012), ao avaliarem as estratégias de capacitação sobre álcool e drogas na Atenção Primária junto a enfermeiros que atuam na Atenção Básica, em três municípios da Zona da Mata de Minas Gerais, revelaram que o tema parece ser negligenciado no contexto de atuação desses profissionais, principalmente no tocante às ações de promoção de saúde com amplo reconhecimento do despreparo para lidar com ele.

Dessa forma e indo ao encontro do resultado dessa pesquisa, vemos que a Atenção Básica e seus trabalhadores desconhecem, de um modo geral, as leis e políticas públicas referentes às drogas e, sobretudo, em relação ao *crack*.

Para a questão 13 (“Você já fez algum curso onde houve discussão direta sobre *crack* e adolescentes?”), descrita de forma explicativa por não ter sido possível alocá-la em nenhuma das categorias, verificou-se resposta negativa para

78% dos respondentes do grupo Outros (médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde oral) e 64% de resposta afirmativa pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Entendendo a relevância dessa questão e sua força como norteadora desta pesquisa, torna-se oportuno abordar o tema Intervenção Breve.

A técnica de Intervenção Breve (IB) é uma estratégia de intervenção estruturada, focal e objetiva, com procedimentos técnicos, que permitem estudos sobre sua efetividade. Seu objetivo é ajudar no desenvolvimento da autonomia das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e responsabilidade por suas escolhas. O termo Intervenção Breve refere-se a uma estratégia de atendimento com tempo limitado, cujo foco é a mudança de comportamento do paciente (SUPERA, 2014).

A IB pode ser realizada por profissionais com diferentes tipos de formação, tais como médicos, psicólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, educadores, agentes comunitários e outros profissionais da saúde e da assistência social. Essa estratégia é uma ferramenta muito útil para lidar com o uso prejudicial ou de risco de substâncias e também para encorajar aquelas pessoas com dependência a buscar os serviços especializados para tratamento (SUPERA, 2014). A IB pode ser muito bem utilizada na Atenção Básica, além de ser de baixo custo. Os profissionais da Atenção Básica estão em posição estratégica para identificar pacientes cujo uso de substâncias é prejudicial ou de risco para a saúde e bem-estar, podendo intervir antes que o problema se torne grave.

Alguns estudos realizados sobre prevenção ao uso de drogas concluíram que as ações eficazes são aquelas que abordam os aspectos psicossociais e trabalham as habilidades de resistência ao consumo, bem como as crenças relacionadas a ele (DE MICHELI; FORMIGONI, 2004).

Nesse sentido, nos últimos anos, foram realizadas várias análises combinando a eficácia da Intervenção Breve. Nessas pesquisas foi demonstrado, por exemplo, que a IB é capaz de reduzir o consumo de álcool tanto entre homens quanto entre mulheres, jovens e idosos (SUPERA, 2014).

No Brasil, algumas experiências exitosas com a utilização da IB foram percebidas em relação ao consumo de álcool em cidades como São Paulo e Diadema, Curitiba e Juiz de Fora (DE MICHELI; FISBERG; FORMIGONI, 2004; RONZANI *et al.*, 2005; RONZANI *et al.*, 2008; VIANNA, 2008; CREPEIA, 2015).

Nesses locais, observou-se que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) apresentaram desempenho importante na implementação da IB (SUPERA, 2014). De onde se depreende que esses trabalhadores são os que mais recebem capacitação sobre álcool e drogas na instância de atendimento da Atenção Básica.

De acordo com Anderson (2009), os problemas com a formação de profissionais para atuar na área de drogas vêm sendo bem documentados na literatura há vários anos, concluindo que há necessidade de formação e treinamento de profissionais de saúde, por se encontrarem pouco aptos a lidar com o problema.

A maioria dos cursos de graduação e residência em medicina nos Estados Unidos não aborda a temática, conforme observado por pesquisa de Brown e colaboradores (2013). Outro estudo apontou que em média 80% dos cursos de odontologia dos Estados Unidos e Canadá abordam o tema das drogas. No entanto, apenas as substâncias legais (álcool, tabaco e psicotrópicos) são referidas nos currículos, sendo que o único ângulo tratado é o da dependência (HUGGETT *et al.*, 2011).

No Brasil, essa trajetória não é diferente. Para Burns *et al.* (2012), nos cursos de enfermagem, existe uma deficiência comprovada de formação, o que vem gerando propostas de capacitação complementar. A importância da detecção e do acompanhamento do uso abusivo de álcool e outras drogas na Atenção Básica foi tema da pesquisa de Souza e Ronzani (2012), cujos resultados problematizam capacitações para enfermeiros, a exemplo do SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento, sugerindo a necessidade de discussão permanente sobre a temática, o que possibilitaria reflexão sobre as experiências cotidianas, além de oferecer elementos para transformação das práticas.

Assim sendo, confirmam-se os achados desta pesquisa onde o grupo aqui denominado Outros (médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares e enfermagem e auxiliares de saúde oral), chegaram a quase 80% de respostas negativas sobre a interrogação se foram capacitados sobre drogas e adolescentes na AB. Este, é um achado de forte impacto. Assim entendemos que, grande parte do contingente de trabalhadores de Saúde da Atenção Básica é muito mal aproveitada para transferir conhecimento e ser capaz de, através do cuidado fundamentado, também, no conhecimento técnico, ser capaz de produzir melhorias de saúde e qualidade de vida para as pessoas.

Para tanto, os dados pesquisados confirmam a necessidade de se investir na capacitação de todos os membros da ESF, notadamente os categorizados como Outros neste estudo. Além disso, os conhecimentos empíricos que se mostraram prevalentes na categoria dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) podem ser compartilhados por esses trabalhadores em cursos de formação e capacitação juntamente com o restante da equipe, num esforço contínuo que integre o conhecimento formal e as práticas de saberes na construção de um pólo de enfrentamento mais eficaz.

No tocante a questões que perpassam o tema e que são de relevância no enfrentamento como ferramenta para disseminação do conhecimento junto aos adolescentes, aproximadamente 60 % responderam “Sim” para a questão 22 (“Você conhece a Caderneta de Saúde do Adolescente – CSA?”). Em relação à questão 23 (“Você conhece os temas abordados na CSA?”), mais de 60% responderam negativamente. A partir dessas respostas, infere-se que os trabalhadores parecem saber da existência da CSA, porém nunca a manusearam, pois desconhecem os temas abordados por esse instrumento.

Para Costa, Queiroz e Zeitouné (2012), existem lacunas nas práticas do cuidado destinados aos adolescentes na Atenção Básica. Não há um atendimento de forma sistematizada, e sim de acordo com a demanda da unidade. São conferidas prioridades a outros grupos populacionais, o que explica o fato de que a organização de trabalho com esse grupo etário fica a desejar.

Nesse sentido, confirmamos os achados desta pesquisa, onde 60% dos pesquisados responderam de forma negativa quando interrogados se conheciam os assuntos abordados na CSA. Isso aponta para a falta de programas na Atenção Básica que priorizem o atendimento à faixa etária adolescente.

Para Fontoura e Mayer (2006), os profissionais devem atuar de forma a inserir em sua prática uma abordagem integral, regida pela focalização das necessidades dos pacientes em suas diversas dimensões.

Assim sendo, é de fundamental importância que esses trabalhadores possam, não somente ouvir falar que existe uma Caderneta de Saúde voltada para os adolescentes, como serem capacitados sobre os assuntos contidos nela e incorporarem esse instrumento para utilização na sua prática laboral.

Para Ferrari, Thomsom e Melchior (2008), as ações embasadas pelas noções da integralidade da atenção proporcionam a reorientação do planejamento de saúde para uma base populacional específica, como o adolescente, que poderá ensejar a promoção da saúde com medidas gerais e a proteção com medidas específicas para a prevenção de agravos e para a realização do cuidado clínico.

Quando interrogados se achavam importante abordar o tema *crack* e outras drogas na Caderneta de Saúde do Adolescente – CSA (questão 24), 90% se mostraram empáticos com a questão respondendo “Sim”. Depreende-se, assim, que a CSA é um instrumento, a despeito de sua importância, ainda pouco utilizado por parte dos trabalhadores de saúde, mas com potencial para um uso promissor.

Nessa direção, a Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA) se apresenta como uma ferramenta de singular importância para se abordar de forma educativa as questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas.

Na questão 20 (“Você considera importante à implantação na Atenção Básica de cursos e treinamentos que o capacitem sobre o tema *crack* e adolescentes?”), 95,4% responderam afirmativamente. Dessa forma, percebe-se que esses trabalhadores desejam receber qualificação adequada, como forma de melhor subsidiar o trabalho deles na assistência aos adolescentes e suas famílias que procuram a Atenção Básica como primeira instância de atendimento.

Em relação à questão 21 (“Você gostaria de ser capacitado sobre a prevenção do uso de *crack* e adolescentes e trabalhar com suas famílias?”), 83,3% responderam “Sim”, mostrando que, não obstante o estigma que envolve o tema, grande parte dos trabalhadores sinalizam uma disposição ao cuidado junto aos adolescentes e suas famílias, evidenciando, assim, um contexto propício à maior sensibilização e capacitação desses trabalhadores.

Ainda para Costa, Queiroz e Zeitoune (2012), o acesso do adolescente à Atenção Básica deve ser garantido, como também deve estar adequado às suas necessidades, contemplando a política de atenção à saúde desses jovens. O serviço deve promover ações que facilitem o engajamento do jovem em seu cuidado nas dimensões preventivas e de promoção de saúde. A partir do acesso e do acolhimento, os adolescentes constroem suas relações de vínculo com os profissionais de saúde e, desse modo, alcançam autonomia para compartilhar a tomada de decisão sobre as possibilidades de preservar a saúde.

Com isso, fica evidente por meio desta pesquisa que se faz necessária uma aproximação entre adolescente e trabalhador da saúde, entendendo que, há, sobretudo do lado do trabalhador, uma inclinação para esse encontro. Para tanto, tal facilitação deve ser promovida através da educação continuada sobre *crack* e adolescentes junto aos trabalhadores de saúde da Atenção Básica.

Passando a discutir agora o desfecho do estudo, evidenciou-se a partir do gráfico 8 que os trabalhadores da saúde demonstraram conhecimento insatisfatório no que tange ao conhecimento geral, empírico e técnico sobre o uso de *crack* por adolescentes.

Para Costa *et al.* (2014), o descompasso entre a relevância da temática sobre o uso de drogas e a qualificação insuficiente denota a importância de propostas de formação profissional visando fornecer os cuidados adequados aos usuários e familiares. Complementando a ideia, Luis *et al.* (2004) entendem que a formação do profissional de saúde ainda é voltada para práticas de reabilitação, sendo bastante deficitária quanto ao uso de substâncias psicoativas, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento.

Segundo Carlini *et al.* (2007), os efeitos negativos das drogas de abuso nas comunidades impactam a estabilidade das estruturas, ameaçam valores políticos, econômicos, humanos e culturais dos estados e das sociedades, contribuindo para o crescimento dos gastos com tratamento médico e internação hospitalar, para o aumento dos índices de acidentes de trabalho, acidentes de trânsito, violência urbana e mortes prematuras, além da queda da produtividade dos trabalhadores.

De acordo como Ministério da Saúde, quando se efetivam ações de políticas públicas comprometidas com a promoção, prevenção e tratamento na perspectiva da integração social e produção da autonomia das pessoas, o sofrimento inerente ao impacto das drogas de abuso tende a diminuir em escala expressiva (BRASIL, 2004).

Segundo Souza e Ronzani (2012), a inserção da prática de prevenção contra álcool e outras drogas na rotina de assistência da Atenção Básica estaria condicionada ao treinamento dos profissionais na prática clínica com o objetivo de, por exemplo, identificar os casos precocemente e saber como proceder quando eles são confirmados.

Para tanto, é fundamental que os problemas de saúde que emergem das discussões comunitárias possam se transformar na elaboração de ações de políticas públicas, por meio da educação continuada aos profissionais atuantes nas comunidades.

A despeito do conhecimento insatisfatório por parte dos trabalhadores de saúde sobre o assunto *crack* e adolescentes, quando se relacionaram as variáveis desfecho e as variáveis sociodemográficas e socioeconômicas, encontrou-se que os ACS e os trabalhadores do sexo masculino tiveram um melhor desempenho quanto ao conhecimento geral. No tocante ao conhecimento empírico, os ACS do sexo masculino, acima de 40 anos de idade e mais de 5 anos de tempo de serviço na Atenção Básica, saíram-se melhor. No que se refere ao conhecimento técnico, novamente os ACS do sexo masculino demonstraram melhor desempenho.

A literatura relata, assim como também confirmado nesta pesquisa, que a maior parte dos ACS é do sexo feminino (OLIVEIRA; McCALLUM; COSTA, 2010; MEDEIROS, 2006; BARROS; PILLON, 2007; NARDI; KROEFF; RIGONI, 2010; SILVA, 2005; GIUGLIANI *et al.*, 2011; RESENDE *et al.*, 2011).

O presente estudo revelou ainda que os ACS do sexo feminino não fazem parte desse contingente de pessoas com conhecimento mais significativo sobre o tema. Por que de forma mais preponderante os ACS do sexo masculino mostraram melhor desempenho nos conhecimentos geral, empírico e técnico do que os do sexo feminino? Postula-se a hipótese de os ACS do sexo masculino terem suas vivências pessoais envolvidas nas respostas. Enquanto os ACS do sexo feminino se esquivam do tema, não mostrando nem conhecimento empírico relevante, os ACS do sexo masculino, por se aproximarem de forma mais contumaz ou presenciarem mais a violência urbana em que o universo da droga está atrelado, procuram, dessa forma, buscar mais conhecimentos e, assim, serem mais capacitados sobre o tema.

CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

No tocante à caracterização sociodemográfica e socioeconômica, a maior parte dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica pesquisados a partir deste estudo possuem 40 ou mais anos de idade, são do sexo feminino, casados ou em união estável, possuindo religião, com escolaridade até superior incompleto e renda mensal maior ou igual a R\$ 1.000,00.

Ao analisar o conhecimento dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica sobre *crack* e adolescentes, a presente pesquisa confirma a necessidade de capacitação desses profissionais, porquanto: i) os trabalhadores de saúde da Atenção Básica apresentam conhecimento insatisfatório sobre a problemática do *crack* e adolescentes; ii) os trabalhadores de saúde tipificados como “Outros” (médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde oral) apresentam deficiência importante no conhecimento sobre o tema; iii) os trabalhadores categorizados como “Outros” receberam menos capacitação sobre o tema quando comparados com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e iv) os trabalhadores de saúde que ainda detêm algum conhecimento sobre o tema são, na sua maior parte, os ACS do sexo masculino.

Reconhecendo que o tema objeto desta pesquisa envolve muitas dimensões para um efetivo enfrentamento, o presente estudo reforça a necessidade imperativa de um olhar mais assertivo em relação ao uso de *crack* por crianças e adolescentes por meio da urgente capacitação dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica, permitindo que esses profissionais possam lidar de maneira adequada com essa questão no atendimento aos adolescentes e suas famílias.

Nesse sentido, sugere-se a utilização do DUSI-R como um instrumento de capacitação dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica, permitindo que esses profissionais e a própria comunidade possam conhecer a situação de envolvimento com o *crack* por parte de suas crianças e adolescentes.

Além disso, diante da ausência de orientação quanto à prevenção ao uso de álcool e outras drogas na Caderneta de Saúde do Adolescente e entendendo a importância desse recurso na educação dos adolescentes em relação ao tema,

sugerimos a inserção do conteúdo “Conversando sobre álcool e outras drogas” na citada ferramenta.

Cabe ressaltar que as necessidades e sugestões contempladas nesta pesquisa estão alinhadas com as diretrizes do eixo prevenção do Programa “*Crack é Possível Vencer*”, do Governo Federal, por meio de educação, disseminação de informações e capacitação dos diferentes segmentos sociais que, de forma direta ou indireta, desenvolvem ações relacionadas ao tema, tais como: educadores, profissionais de saúde, de assistência social, segurança pública, conselheiros municipais, líderes comunitários e religiosos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA(ABEP). Disponível em: <<http://www.abep.org>>. Acesso em: 6 out. 2015.
- ALMEIDA, M. S. **Elaboração de projeto, TCC, dissertação e tese**: uma abordagem simples, prática e objetiva. São Paulo: Atlas, 2011.
- ALMEIDA, P. P.; MONTEIRO, M. F. Neuropsicologia e dependência química in: **Dependência química**. São Paulo, 2011.
- ANDERSON, P. Overview of interventions to enhance primary – care provider management of patients with substance-use disorders. **Drug and Alcohol Review**, v. 28, n. 5, p. 567-574, 2009.
- ARAÚJO, T. **Almanaque das drogas**. São Paulo: Leya, 2012.
- ASSOCIACAO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e dependência: *crack*. **Rev. Assoc. Med. Bras.[online]**, v. 58, n.2, p. 138-140, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2014.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Caracterização do território de Fortaleza**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/fortaleza_ce>. Acesso em: 01 out. 2015>.
- BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do programa saúde da família. **Revista Enfermagem UECE**, v. 15, n. 2, p. 261-266, 2007.
- _____. Atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família diante do uso e abuso de drogas. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 11, n. 4, p. 655-662, 2007.
- BARROS, M. M. M. de; CHAGAS, M. I. O.; DIAS, M. S. A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 227-232, fev. 2009.
- BRASIL. **Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002**. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm>. Acesso em: 4 out. 2015.
- _____. **Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006**. Regulamenta a Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm> Acesso em: 2 out. 2015.
- _____. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 21 abr. 2014.

BRASIL. **Decreto nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011**. Dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento de cargos para a Defensoria Pública da União. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7426.htm>. Acesso em: 4 out. 2015.

_____. **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. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm>. Acesso em: 1º out. 2015.

_____. **Lei Nº 11.754, de 23 de julho de 2008**. Acresce, altera e revoga dispositivos da Lei no 10.683, de 28 de maio de 2003, cria a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, cria cargos em comissão; revoga dispositivos das Leis nos 10.869, de 13 de maio de 2004, e 11.204, de 5 de dezembro de 2005; e dá outras providências. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11754.htm>. Acesso em: 1º out. 2015.

_____. **Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 20 set. 2015.

_____. Ministério da Justiça. **Políticas sobre drogas**. Disponível em <http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/copy_of_Politicas_sobre_Drogas>. Acesso em: 15 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Entendendo o SUS**. Brasília: 2006. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2014.

_____. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 2 out. 2015.

BRASIL. **Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep>. Acesso em: 17 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas IME USP**. DUARTE, P. C. A. V.; STEMPLIUK, V. A.; BARROSO, L. P. Brasília: SENAD, 2009.

_____. **Temas de saúde mental**: textos básicos CBAD. Brasília: Ministério da Saúde. 1998. p. 71-74.

BROWN, A. T. *et al.* Knowledge of addiction medicine among internal medicine residents and medical students. **Tennessee Medicine**, Nashville, v. 106, n. 3, p. 31-33, 2013.

BURNS, H. K.; PUSKAR, K. R.; FLAHERTY, M.; MITCHELL, A. M.; HAGLE, H.; BETTY BRAXTER, B. Addiction training for undergraduate nurses using screening, brief intervention, and referral to treatment. **Journal of Nursing Education and Practice**, Toronto, v. 2, n. 4, p. 167-177, 2012.

CABRAL, M. N.; ALBUQUERQUE, P. C. Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 159-171, jan./mar. 2015.

CAMINHOS DO CUIDADO NO CEARÁ. Disponível em <<http://www.caminhosdocuidado.org/processo-seletivo/ceara/>>. Acesso em: 4 out. 2015.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS). Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/outros-centros-atencao-psicossocialhtml>>. Disponível em: 2 out. 2015.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R.; CARLINI, C. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo: Páginas & Letras, 2007. v. 1. 472 p.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, W. S. C. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.

CASTRO, M. G.; PEDROSO, R. S.; ARAÚJO, R. B. Dependentes de *Crack* com Sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Consomem Mais Substâncias Psicoativas. **ClinicalandBiomedicalResearch**, v. 30, n. 2, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/13327/8893>>. Acesso em: 2 maio. 2014.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. **Centro de referência sobre drogas**. Disponível em: <http://www.ceara.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/11596-centro-de-referencia-sobre-drogas-e-implantado-no-ceara>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

CEARÁ. Ministério Público do Estado do Ceará. **Comitê de enfrentamento às drogas do Ministério Público do Estado do Ceará**. Disponível em <<http://www.mpce.mp.br/ced/apresentacao.asp>>. Acesso em: 4 out. 2015.

CEBRID.CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br/index.php>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA(CFM).**Diretrizes gerais médicas para assistência integral ao usuário do crack**. 2011. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/cartilhacrack.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

CENTRO DE REFERÊNCIA SOBRE DROGAS(CIRD). Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/cpdrogas/noticias/saude/centro-de-referencia-sobre-drogas-completa-um-ano-com-7298-atendimentos>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS(CNM).**Observatório do crack: boas práticas municipais**. Brasília: CNM, 2014.

_____.**Observatório do crack: a visão dos Municípios brasileiros sobre a questão do crack**. Brasília: CNM, 2012.

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>>. Acesso em: 04 out. 2015.

CONSELHO ESTADUAL ANTIDROGAS. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/apenas-15-do-ce-tem-conselho-contra-drogas-1.1068351>>. Acesso em: 4 out. 2015.

CONSULTÓRIOS NA RUA. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/consultorio-na-rua.html>>. Acesso em: 4 out. 2015.

CORDEIRO, L.; SOARES, C. B.; OLIVEIRA, E.; OLIVEIRA, L. C.; COELHO, H. V. Avaliação de processo educativo sobre consumo prejudicial de drogas com agentes comunitários de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 897-907, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300897&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Out. 2015.

COSTA, P. H. A., MOTA, D. C. B.; CRUVINEL, E.; PAIVA, F. S., GOMIDE, H. P.; SOUZA I. C. W. Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 53, p. 395-404, Jun. 2015.

COSTA, R. F.; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 466-472, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2015.

CRACK É POSSÍVEL VENCER. Disponível em: <<http://www2.brasil.gov.br/racke/possivelencer/programa/informacoes-do-programa/o-que-e-o-programa>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL(CRAS).Disponível em <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/cras>>. Acesso em: 1º out. 2015.

CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL(CREAS). Disponível em <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/creas>>. Acesso em: 2 out. 2015.

CREPEIA. CENTRO DE REFERÊNCIA EM PESQUISA, INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. Disponível em <<http://www.ufjf.br/crepeia/>>. Acesso em: 29 out. 2015.

CADERNETA DE SAÚDE DO/A ADOLESCENTE(CSA). Disponível em <<http://www.adolesc.br/php/level.php?lang=pt&component=39&item=16>>. Acesso em: 12 out. 2015.

DE MICHELI, D.; FISBERG, M.; FORMIGONI, M. L. O. S. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. **RevAssocMed Bras.**, v. 50, n. 3, p. 305-313, 2004.

DE MICHELI D.; FORMIGONI, M. L. O. S. **Drug use by Brazilian students: associations with Family, psychosocial, health, demographic and a behavioral characteristics.** **Addiction.**, v. 99, n. 5, p. 570-578, maio. 2004.

DÜPPRE, N. C. **Monografia simplificada.** Disponível em: <<http://elaboracaosimplificada.blogspot.com.br>>. Acesso em: 1º Jul. 2014.

ENGEL, C. L. *et al.* **Diagnóstico dos homicídios no Brasil:** subsídios para o pacto nacional pela redução de homicídios. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2015.

FERNANDES, A.; STEIN, A. T.; GIUGLIANI, C. Conhecimentos dos agentes comunitários de saúde sobre *crack* e outras drogas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1-10, mar. 2015. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/924>>. Acesso em: 10 out. 2015.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad Saúde Pública.**, v. 22, n. 11, p. 2491-2495, nov. 2006.

FERREIRA, V. S. C. ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 898-906, abr. 2009.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev BrasEnferm.**, 59, n. 4, p. 532-537, jul. 2006.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em: 17 fev. 2015.

_____. **Postos de saúde**. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em: 2 Maio. 2014.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>. Acesso em: 4 jul. 2014

FUNDO NACIONAL ANTIDROGAS (FUNAD). Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/fundo-nacional-antidrogas-1>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Perfil dos usuários de *crack* e/ou similares no Brasil. 2013. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

FUNES, G. M.; BRANDS, B.; ADLAF, E.; GIESBRECHT, N.; SIMICH, L.; WRIGH, M. G. M. Factores de riesgo relacionados al uso de drograsilegales: perspectiva crítica de familiares y personas cercanas em un centro de salud público em San Pedro Sula, Honduras. **Rev Latino-AmEnferm.**, v. 17, esp., p.796-802, 2009.

GALAVOTE, H. S.; PRADO, T. N.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. L. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 1p, 231-240, 2011.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIL, H. L. B. MELLO; D. F.; FERRIANI, M. G. C.; SILVA, M. A. I. Opiniões de adolescentes estudantes sobre consumo de drogas: um estudo de caso em Lima, Peru. **Revista Latino-Americana. Enfermagem [online]**, v.16, n. spe, p. 551-557, 2008. Disponível em: <<http://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra645>>. Acesso em: 21 abr. 2014.

GIUGLIANI, C. HARZHEIM, E.; DUNCAN, M. S.; DUNCAN, B. B. Effectiveness of community health workers in Brazil: a systematic review. **JournalAmbulatoryCareManage**, v. 34, n. 4, p. 326–338, 2011.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

HEIDEMANN, M. **Adolescência e saúde**: uma visão preventiva para profissionais de saúde e educação. Petrópolis: Vozes, 2006.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. New York: Wiley, 1989.

HUGGETT, K. N.; WESTERMAN, G. H.; BARONE, E. J.; LOFGREEN, A. S. Substance use and dependence education in predict oral dental curricula: results of a survey of U. S. and Canadian dental schools. **Journal of Dental Education**, v. 75, n. 8, p. 1003-1009, 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). 2012. Disponível em: <<http://www.ipece.ce.gov.br/noticias/fortaleza-e-a-2a-do-ranking-no-consumo-de-crack>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

_____. **Perfil Básico Municipal**. 2013 - FORTALEZA. Disponível em <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil_basico/pbm-2013/Fortaleza.pdf> Acesso em: 4 jul. 2014.

KAMINER, Y.; SZOBOT, C. O tratamento de adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas. In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. **Adolescência e drogas**. São Paulo: Contexto, 2012.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. O trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 2, n. 5, p. 23-29, abr./jun. 2006.

KNOBEL, M. A síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. p. 24-59.

KOLLING, N. M.; SILVA, C. R.; CARVALHO, J. C. N. Avaliação neuropsicológica em alcoolistas e dependentes de cocaína. Porto Alegre: **Periódicos Eletrônicos em Psicologia**, v. 6, p. 127-137, 2007.

LACAZ, F. A. C.; CORTIZO, C. T.; JUNQUEIRA, V.; SANTOS, A. P. L.; VIEIRA, N. P.; SANTOS, F. S. Gestão do trabalho e tecnologia na atenção básica do Sistema Único de Saúde em municípios do Estado de São Paulo. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2011.

LARANJEIRA, R.; JUNGERMAN, F.; DUNN, J. **Drogas**. São Paulo: Contexto, 2012.

LENAD. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. 2012. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad/>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

LIGUE 132. Disponível em <<http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/ligue-132>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

LUIS, M. A. V.; MENDES, I. A. C.; CARVALHO, E. C., MAMEDE, M. V.; WRIGHT, M. G. M.; CHISMAN, A. M. Experiencia de cooperación entre universidad y organización internacional para capacitar enfermeros docentes de La America Latina para La investigación del fenómeno de las drogas. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, v. 12, n. esp. p. 307-315, 2004.

MARIN, I. A. K. Violência e transgressão: interrogando a adolescência. **Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental**, v. 6, n. 3, p. 94-109, 2003.

MARZARI, C. K.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 873-880, 2011.

MATTOS, H. F. **Dependência química na adolescência**: tratar a dependência de substâncias no Brasil. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

MEDEIROS, J. S. **Representações sociais dos profissionais do Programa Saúde da Família sobre o uso de drogas psicoativas no município de Fortaleza**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2006.

MERHY, E. E. **O trabalho com saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MOTA, R. R. A. **Agentes comunitários de saúde**: trabalho e formação profissional numa perspectiva emancipatória. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MOURA, R. F. S.; CASTRO e SILVA, C. R. Saúde Mental na Atenção Básica: sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 1, p.199-210, 2015.

MUSS, R. E. **Teorias da adolescência**. 5 ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1969.

NARDI, H. C. KROEFF, L. R.; RIGONI, R. Q. Sensibilização e capacitação em redução de danos: considerações dos agentes comunitários de saúde. **RevPsicolog Saúde.**, v. 2, n. 2p. 21-30, 2010.

OBID (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas). Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

OLIVEIRA, J. F.; McCALLUM, C. A.; COSTA, C. O. G. Representações sociais dos agentes comunitários de saúde acerca do consumo de drogas. **RevEscEnferm USP.**, v. 44, n. 3, p. 611-618, 2010.

OMS. **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2001.

OUTEIRAL, J. **Adolescer**. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

PROTEÇÃO E ATENDIMENTO ESPECIALIZADO A FAMÍLIAS E INDIVÍDUOS(PAEFI).Disponível em: <<http://mds.gov.br/assistencia-social-suas/servicos-e-programas/paefi>>. Acesso em 1º out. 2015.

PROTEÇÃO E ATENDIMENTO INTEGRAL À FAMÍLIA(PAIF). Disponível em: <<http://mds.gov.br/assistencia-social-suas/servicos-e-programas/paif>>. Acesso em:1º out.2015.

PINHEIRO, R. L.; GUANAES-LORENZI, C. Funções do agente comunitário de saúde no trabalho com redes sociais. **Estudos de Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 1-88, jan./mar. 2014.

PNEPS (Política Nacional de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS). Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/319-sgtes-p/gestao-da-educacao-raiz/gestao-da-educacao/9619-pneps>>. Acesso em: 18 fev. 2015.

PROJETO DIRETRIZES. **Abuso e dependência do crack**. Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM). Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes10/abuso_e_dependencia_crack.pdf>. Acesso em: 12 out. 2015.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B. **Experiência do uso do crack e sua interlocução com a clínica**: dispositivos para o cuidado integral do usuário. Fortaleza: EdUECE, 2013.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS). Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>>. Acesso em: 17 fev. 2015.

REIS, L. M.; HUNGARO, A.; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas para o enfrentamento do uso de drogas de abuso: percepção social em uma comunidade. **Texto contexto - enferm.**, v. 23, n. 4, p. 1050-1058, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000401050lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Out. 2015.

RESENDE, M. C. AZEVEDO, E. G. S.; LOURENÇO, L. R.; FARIA, L. S.; ALVES, N. F.; FARINA, N. P., SILVA, N. C.; OLIVEIRA, S. L. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2115-2121, 2011.

RONZANI, T. M. T. AMARAL, B.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. O., BABOR, T. F. Evaluation of a training program to implement alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in primary health care in Minas Gerais, Brazil. **Nordic Stud AlcoholDrugs.**, v. 25, p. 529-38, 2008.

RONZANI, T. M.; RIBEIRO, M. S.; AMARAL, M. B.; FORMIGONI, M. L. O. S. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 21, n. 3, p. 852-861, 2005.

ROSÁRIO, A. M. M. **Avaliação de instrumentos que investigam abuso de álcool e outras drogas em adolescentes**: revisão de literatura. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2011.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. São Paulo: Penso Editora, 2013.

SANTOS, K. T.; SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. A. S.; ARCIERI, R. M.; CARVALHO, M. L. Agente comunitário de saúde: perfil adequado à realidade do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, Supl. 1., p. 1023-1028, 2011.

SAPORI, L. F.; MEDEIROS, R. **Crack**: um desafio social. Ed. PUC: Minas, 2010.

SAVIETTO, B. B.; CARDOSO, M. R. Idealização e onipotência na juventude contemporânea: a drogadição como ilustração. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 24, n. 2, Aug. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922012000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Mai. 2014.

SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS (SCFV). Disponível em <<http://mds.gov.br/assistencia-social-suas/servicos-e-programas/servicos-de-convivencia-e-fortalecimento-de-vinculos>>. Disponível em: 1º out. 2015.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, 2004.

SCIVOLETTO, S. Mudanças psicológicas na adolescência e o uso de drogas nesta faixa etária. In: SILVA, E. A.; MICHELI, D. **Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa**. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2012.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (SENAD). Disponível em: http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/copy_of_capacitacao. Acesso em: 26 Jul.2014.

_____. **Prevenção do uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Brasília: Ministério da Justiça-Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013.

_____. **SUPERA V**: o uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. 5. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

SILVA, C. J. **Impacto de um curso em diagnóstico e tratamento do uso nocivo e dependência do álcool sobre a atitude e conhecimento de profissionais da rede de atenção primária a saúde**. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, 2005.

SILVA, T. F.; SCIVOLETTO, S. Uso, abuso e dependência de substâncias. In: POLANCZYK, G. V.; LAMBERTE, T. M. R. **Psiquiatria da infância e adolescência**. Barueri: Manole, 2012.

SILVA-ROOSLI, A. C. B.; ATHAYDE, M. Gestão, trabalho e psicodinâmica do reconhecimento no cotidiano da Estratégia da Saúde da Família. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. **Trabalhar na saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

SOUZA, I. C. W.; RONZANI, T. M. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 2, p. 237-246, abr/jun. 2012.

SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS (SRT). Disponível em <<http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/residencias.html>>. Acesso em: 1º out. 2015.

SISTEMA PARA DETECÇÃO DO USO ABUSIVO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SUPERA). **Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. Módulos 1 a 7. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

TÓFOLI, L. F. **A epidemia involuntária e suas consequências**. Cultura verde. 2013. Disponível em <<http://culturaverde.org.br>>. Acesso em: 17 ago.2014.

UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO (UAA). Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/unidade-acolhimento-adulto.html>>. Acesso em: 1º out. 2015.

UNIDADE DE ACOLHIMENTO Infantil (UAI). Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/unidade-acolhimento-infantil.html>>. Acesso em: 4 out. 2015.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). World Drug Report 2013. United Nations: New York, 2013.

UNITED NATIONS (UN). **Single Convention on Narcotic Drugs, 1961**: As end edgy the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961. Genova: UN, 1972.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; LUÍS, M. A. V.. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 73-79, 2010.

VASCONCELOS, M. G. F; LIMA, L.; PAULA, M. L.; RODRIGUES, P. H. S.; JORGE, M. S. B. A organização do cuidado aos usuários de *crack*: fluxos e tecnologias. In: JORGE, M. S. B.; TRAD, L. A. B.; QUINDERÉ, P. H. D.; L. L.; LIMA, L. L. **olhares plurais sobre o crack**: redes socio sanitárias, a clínica, significados e experiências de usuários e familiares. 1 ed. Fortaleza: EdUECE. 2013. v. 1, p. 88-105.

VIANNA, V. P. T. **Fatores que afetam a detecção do uso abusivo e dependência de álcool e a eficácia de uma intervenção breve**. Tese. (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 2008.

VITALLE, M. S. S. Vulnerabilidade e Risco na Adolescência. In: SILVA, E. A.; MICHELI, D. **Adolescência, uso e abuso de drogas**: uma visão integrativa. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2012.

VOLPI, M. **Sem liberdade, sem direitos**: a experiência de privação de liberdade na percepção dos adolescentes em conflito com a lei. São Paulo: Cortez, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO PARA OSTRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE *CRACK* E ADOLESCENTES

Dados Pessoais

Sexo: 1. (..) Masculino 2. (..) Feminino

Idade: _____

Naturalidade: _____

Estado Civil: 1. Casado () 2. Solteiro () 3. Separado () 4. Divorciado ()
5. Viúvo () 6. União estável () 7. Outros: _____

Quantidade de dependentes na família: _____

Renda Pessoal: _____

Local de residência (bairro): _____

Possui religião? 1. Sim (.) 2. Não (.) 3. Qual? _____

Escolaridade: 1. Fundamental incompleto () 2. Fundamental completo ()
3. Médio incompleto () 4. Médio completo () 5. Superior incompleto ()
6. Superior completo () 7. Ano de formatura: _____ 8. Especialização ()
9. Mestrado (.) 10. Doutorado (.)

Anos de estudo: _____

Qual a sua área de atuação profissional atualmente? 1. PSF (.) 2. Especialista (.)
2.1 Gineco-Obstetra () 2.2 Pediatra () 2.3 Clínica-Médica () 2.4 Outros ()

Há quanto tempo você trabalha na Atenção Primária à Saúde (APS)?

Conhecimento sobre o Tema

1. Você sabe o que é *crack*? Sim () Não ()
2. Você já viu o *crack*? Sim () Não ()
3. Você sabe de que forma se usa o *crack*? Sim () Não ()
4. Você sabe onde se compra o *crack*? Sim (.) Não (.)
5. Você sabe quanto custa o *crack*? Sim () Não ()
6. Você conhece algum adolescente que usa *crack*? Sim () Não ()
7. Você conhece os efeitos do uso do *crack*? Sim () Não ()
8. Você sabe diagnosticar a dependência do *crack*? Sim () Não ()
9. Você conhece os sintomas de abstinência do uso do *crack*? Sim () Não ()
10. Quando você se depara com alguma mãe, pai ou outro parente buscando ajuda para um adolescente envolvido com o consumo de *crack*, você se sente apto para ajudá-lo? Sim () Não ()
11. Você conhece os diferentes tipos de ações a serem adotadas no enfrentamento do uso do *crack*? Sim () Não ()
12. Você saberia indicar grupos de apoio para adolescentes usuários de *crack*?
Sim () Não ()
13. Você já fez algum curso onde houve discussão direta sobre *crack* e adolescentes? Sim () Não ()
14. Você conhece as medidas em defesa dos direitos da criança e do adolescente do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) ? Sim () Não ()
15. Você conhece as ações do Governo Federal para enfrentamento ao uso de *crack* e outras drogas? Sim () Não ()

16. Você conhece a legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil?
Sim () Não ()
17. Você sabe o que é OBID, CEBRID e SENAD? Sim () Não ()
18. Você conhece o programa “*Crack é possível vencer*”? Sim () Não ()
19. Você sabe o que é “132VIVAVOZ”? Sim () Não ()
20. Você considera importante a implantação na Atenção Básica de cursos e treinamentos que o capacitem sobre o tema *crack* e adolescentes? Sim () Não ()
21. Você gostaria de ser capacitado sobre a prevenção do uso de *crack* por crianças e adolescentes e trabalhar com suas famílias? Sim () Não ()
22. Você conhece a Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA)? Sim () Não ()
23. Você conhece os temas abordados na CSA? Sim () Não ()
24. Você acha importante abordar o tema drogas / *crack* na CSA? Sim () Não ()
25. Os adolescentes desta UAPS têm recebido informações sobre os riscos de uso de *crack* e doenças como Tuberculose, Hepatites e HIV/AIDS? Sim () Não ()
Não sei ()

Data: _____

Local: _____

APÊNDICE B

INVENTÁRIO DE TRIAGEM DO USO DE DROGAS (DUSI-R)

DROGAS PREFERIDAS

Quantas vezes você usou cada uma das drogas listadas abaixo no último mês?
Preencha os círculos, conforme a droga, a quantidade e as vezes que a usou:

	Não Usei	Usei de 1 a 2 vezes	Usei de 3 a 9 vezes	Usei de 10 a 20 vezes	Usei mais de 20 vezes	Tenho problemas pelo uso dessa droga	Essa minha droga predileta
Álcool	0	0	0	0	0	0	0
Cocaína/crack	0	0	0	0	0	0	0
Maconha	0	0	0	0	0	0	0
Estimulantes (anfetaminas, etc.)	0	0	0	0	0	0	0
Alucinógenos (LSD, mescalina, etc.)	0	0	0	0	0	0	0
Tranquilizantes (diazepam, barbitúricos, etc.)	0	0	0	0	0	0	0
Analgésicos Opiáceos (morfina, heroína, etc.)	0	0	0	0	0	0	0
Fenilciclidina (PCP, pó-de-anjo)	0	0	0	0	0	0	0
Inalantes, solventes	0	0	0	0	0	0	0
Outros	0	0	0	0	0	0	0

ÁREA 1

1. Você já teve “fissura” ou um forte desejo por álcool ou drogas?
SIM () NÃO ()
2. Você já teve que usar mais e mais drogas ou álcool para conseguir o efeito desejado?
SIM () NÃO ()

3. Você já sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou drogas?
SIM () NÃO ()

4. Você já sentiu que estava “enfeitiçado” ou muito envolvido pelo álcool ou pelas drogas?
SIM () NÃO ()

5. Você já deixou de realizar alguma atividade por ter gasto muito dinheiro com drogas ou álcool?
SIM () NÃO ()

6. Você já quebrou regras ou desobedeceu a leis por estar “alto” sob o efeito de álcool ou drogas?
SIM () NÃO ()

7. Você muda rapidamente de muito feliz para muito triste ou de muito triste para muito feliz, por causa das drogas?
SIM () NÃO ()

8. Você já sofreu algum acidente de carro depois de usar álcool ou drogas?
SIM () NÃO ()

9. Você já se machucou acidentalmente ou machucou alguém depois de usar álcool ou drogas?
SIM () NÃO ()

10. Você já teve uma discussão séria ou briga com um amigo ou membro da família por causa da bebida ou do seu uso de drogas?
SIM () NÃO ()

11. Você já teve problemas em se dar bem com algum de seus amigos devido ao uso de álcool ou drogas?
SIM () NÃO ()

12. Você já teve sintomas de abstinência após o uso de álcool (Por exemplo: dor de cabeça, náuseas, vômitos ou tremores)
SIM () NÃO ()

13. Você já teve problemas para lembrar o que fez enquanto estava sob efeito de drogas ou álcool?

SIM () NÃO ()

14. Você gosta de brincadeiras que envolvem bebidas quando vai a festas? (Por exemplo: "vira-vira"; apostas para ver quem bebe mais rápido ou em maior quantidade; etc.)

SIM () NÃO ()

15. Você tem problemas para resistir ao uso de álcool ou drogas?

SIM () NÃO ()

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: “*Crack e adolescentes: Análise do conhecimento dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica*”. A ser desenvolvida pela aluna Adriana Maria Gurgel Maia, sob orientação do Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto, que tem como objetivo diagnosticar a situação atual de conhecimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde da cidade de Fortaleza em relação ao uso de *crack* por adolescentes. Caso você autorize, deverá responder a um questionário cuja parte inicial contempla perguntas de natureza sociodemográfica e, em seguida, um grupo mais amplo de indagações abordando conhecimento específico, capacitação e educação em saúde do trabalhador da Atenção Básica à Saúde (ABS) na prevenção do uso de *crack* por adolescentes. Asseguro-lhe total sigilo dos dados coletados e o direito de retirar do estudo, em qualquer momento da pesquisa se assim desejar, sem que isso traga prejuízo para você ou para seu filho(a). Os riscos serão mínimos como: desconforto, constrangimentos que serão amenizados pelo o entrevistador. Você não receberá remuneração pela sua participação. Mas ao fazê-lo, você estará contribuindo para um estudo científico abordando tema relacionado com a sua prática profissional e de elevada relevância social. Este termo de consentimento será elaborado em duas vias, uma para você e outra para os arquivos do projeto. Caso tenha dúvidas entre em contato com a pesquisadora Adriana Maria Gurgel Maia. Telefone: (085) 98863-5347, E-mail: drigurgel@hotmail.com. O Comitê de Ética e Pesquisa da UECE encontra-se disponíveis para maiores esclarecimentos pelo telefone (85) 31019890.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido(a) pelo(a) pesquisadora compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetido (a). A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper sua participação a qualquer momento. Sei que seu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE ANUÊNCIA

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – COGETS, da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), está de acordo com a execução do projeto *CRACK E ADOLESCENTES: ANÁLISE DO CONHECIMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA*, coordenado pelo pesquisador Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto, da Universidade Estadual do Ceará, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma.

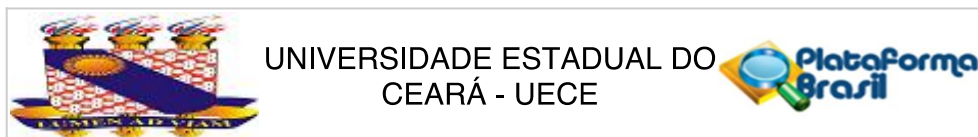
Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS. Esta Instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, ___/___/_____

Maria Ivanília Tavares Timbó

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Crack e adolescentes: análise do conhecimento dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica

Pesquisador: Adriana Maria Gurgel Maia

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37231114.7.0000.5534

Instituição Proponente: Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 880.229

Data da Relatoria: 20/11/2014

Apresentação do Projeto:

De acordo com a autora, o estudo pretende diagnosticar a situação atual de conhecimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde da cidade de Fortaleza em relação ao uso de crack por adolescentes. Para tal será administrado um questionário numa amostra de 846 profissionais da área da saúde que atuam nas 92 Unidades de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza.

Objetivo da Pesquisa:

Foi apresentado como Objetivo Primário "Analisar o conhecimento dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica sobre o uso do crack por adolescentes, em Fortaleza, Ceará" e como Objetivos Secundários:

- a) Descrever a situação socioeconômica e sociodemográfica dos trabalhadores;
- b) Identificar o conhecimento empírico e técnico dos trabalhadores sobre o tema;
- c) Verificar a existência de relação entre o desfecho e a situação socioeconômica e sociodemográfica dos trabalhadores;
- d) Elaborar uma cartilha para utilização pelos trabalhadores da Atenção Básica na prevenção primária do uso de crack por adolescentes.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 880.229

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora descreve como riscos “De um modo geral, há o risco de uma quantidade reduzida de respondentes da pesquisa ou do fornecimento de respostas que não correspondam a situação real dos respondentes em termos de sua natureza sócio-demográfica e de conhecimento empírico e técnico sobre o tema pesquisado. Além disso, toda a pesquisa foi planejada visando minimizar os riscos para os participantes. Porém, em caso de desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse, o respondente terá liberdade para interromper o processo e, se desejar, poderá conversar com o pesquisador. Há que se considerar, ainda, o risco para a pesquisadora, tendo em vista a necessidade de deslocamento para bairros da periferia de Fortaleza, cujas áreas reconhecidamente apresentam elevados índices de violência e criminalidade” e como benefícios “deverá contribuir para a sensibilização e capacitação dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica na prevenção primária e enfrentamento do uso do crack por crianças e adolescentes”.

- 1) Todos os riscos estão descritos;
- 2) As maneiras de contorná-los estão bem descritas;
- 3) Não foram identificados riscos além dos mencionados pelo pesquisador não previu;
- 4) Os custos de transporte estão previstos no orçamento da pesquisa;
- 5) O autor descreve que em caso de desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse, poderá interromper o processo e, se desejar, poderá conversar com o pesquisador.
- 6) Há benefícios da realização da pesquisa em termos sociais e científicos;
- 7) Há benefício indireto aos participantes da pesquisa e a pesquisadora acentuou que não se pode fornecer remuneração.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- A pesquisa é relevante, o método está adequado e o plano de análise de dados muito bem delineado;
- Destaca-se que o objetivo primário está aquém do que a pesquisadora realmente fará, de modo que poderia deixá-lo mais amplo, abarcando de modo mais pleno os objetivos secundários;
- Dentre os objetivos secundários, o item d fala sobre elaborar uma apostila, mas esse objetivo não foi retomado nos métodos. Trata-se de um objetivo ou seria desfecho secundário?

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Quanto ao TCLE:
 - Está em forma de convite;

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700	CEP: 60.714-903
Bairro: Itaperi	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890	Fax: (85)3101-9906
	E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 880.229

- Apresenta o título e o objetivo da pesquisa;
 - Explicita adequadamente os riscos e benefícios;
 - Consta o telefone, endereço e e-mail do CEP;
 - Há telefone, e-mail, nome completo e campo para assinatura do pesquisador responsável.
- 2) Quanto à Folha de rosto:
- Contém a assinatura do pesquisador responsável;
 - Contém a assinatura e carimbo do responsável pela instituição a onde se realizará a pesquisa.
- 3) Foi apresentada autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que é o documento fornecido pela prefeitura local quando os pesquisadores solicitam a Carta de Anuência.
- 4) Não haverá uso de fontes secundárias, dispensando o Termo de Fiel Depositário;
- 5) Quanto ao cronograma:
- Está adequadamente descrito, indicando quando começará cada fase do estudo;
 - Inicia-se apenas após aprovação do CEP.
- 6) Quanto ao orçamento:
- A autora mencionou os custos no orçamento. Mas a fonte de financiamento não foi descrita;
 - Há coerência entre o método e o orçamento.

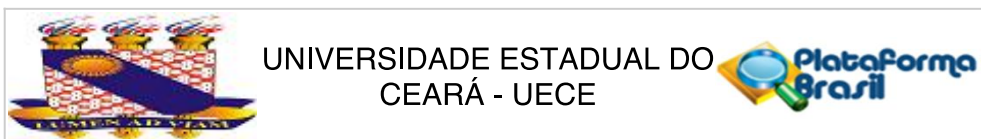
Recomendações:

- A título de informe: a resolução CNS 466/12 descreve como risco "possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente", isto é, trata do risco aos participantes e, por isso o primeiro risco mencionado não precisa ser explicitado. Ademais, entende-se que os riscos à pesquisadora estão sendo assumidos por ela ao propor a pesquisa e se a pesquisadora sente-se em perigo por ir até o espaço da entrevista, talvez seja algo importante de considerar no questionário já que os profissionais a serem entrevistados correm esse risco diariamente;
- A título de informe: o computador notebook, a impressora colorida e livros são considerados material tipo capital e não custeio conforme informado pela autora.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- 1- Folha de rosto adequada;
- 2- Riscos aos participantes foram identificados;
- 3- Benefícios informados;
- 4- Cronograma adequado;
- 5- TCLE ok;

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 880.229

6- Apresentou carta de autorização da Secretaria Municipal de Saúde;

7-Orçamento informado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 21 de Novembro de 2014

Assinado por:
Ana valeska Siebra e silva
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** anavaleska@usp.br