

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

BÁRBARA LIMA DE PAULA

**A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA DE TRABALHO
EM ENFERMAGEM: A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE USUÁRIOS DE
DROGAS**

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2014**

BÁRBARA LIMA DE PAULA

**A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA DE TRABALHO
EM ENFERMAGEM: A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE USUÁRIOS DE
DROGAS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Profª Orientadora: Ana Paula Trombetta.

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE USUÁRIOS DE DROGAS** de autoria do aluno **BARBARA LIMA DE PAULA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Ma. Ana Paula Trombetta
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

*Ao meu sonho compartilhado e vencido,
dedico este trabalho registrando minha
imensa gratidão:*

Ao DEUS que acredito como energia contínua e presente em cada ser humano, pelo viver, evoluir e conhecer os caminhos para a realização profissional permitindo-me uma vida feliz e completa hoje.

Aos meus familiares, por acompanhar-me em cada momento de minha existência, guiando-me na concretização deste sonho baseado no amor à profissão e ao meu próximo.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, energia contínua e renovável. Obrigada por me proporcionar a vida com todos os seus grandes momentos.

Aos mestres educadores que encontrei em minha trajetória por terem dividido o saber que possuem para a construção de um novo saber com bases sólidas para a edificação de novos ideais, pela responsabilidade e profissionalismo sempre, por terem sido não somente meras professoras, mas também, educadoras humanas e comprometidas em todos os sentidos com a educação, o respeito ao próximo e a profissão que escolheram.

E finalmente, a cada paciente que reconheço como ser único, dotado de vivências e valores, que acompanhei, acompanho e acompanharei, motivo maior para a execução desse trabalho.

“Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado, mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado”.

Albert Einstein.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo apresentar uma rotina de acompanhamento, baseado na Política de Redução de Danos como estratégia de trabalho em enfermagem. Para o alcance buscou-se descrever as diretrizes desta política bem como, apontar os subsídios para a atuação de profissionais, que vise à reabilitação psicossocial de usuários de drogas. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, exploratória, de abordagem qualitativa, realizada através do método de consulta a bancos de dados do LILACS e SCIELO. O Ministério da Saúde enfatiza que a Redução de Danos nos oferece um caminho promissor porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Assim, quando questionamos se é possível contribuir para a reabilitação psicossocial de usuários de drogas utilizando como estratégia de trabalho em enfermagem a Política de Redução de Danos, compreendemos que os projetos terapêuticos individualizados, assim como os programas reabilitativos, não devam ser encarados como processos meramente normativos, mas devem responder aos objetivos propostos, como um conjunto de diretrizes e estratégias que direcionam as ações. Por fim, a dificuldade da atuação do Enfermeiro nesta área está relacionada ao número de usuários sempre crescente em contra posição a estruturação de serviços de incentivos ao tratamento além disto, verifica-se que os programas de prevenção ainda são escassos frente à demanda.

Palavras Chave: Atenção psicossocial; Drogas; Redução de danos; Enfermagem.

ABSTRACT

The present study aims to present a routine follow-up, based on Harm Reduction Policy as a work strategy in nursing . To the extent we sought to describe the guidelines of this policy as well as pointing subsidies for practicing professionals, aimed at the psychosocial rehabilitation of drug users. This is a literature, exploratory, qualitative study, conducted by the method of query databases LILACS and SciELO. The Ministry of Health emphasizes that the Harm Reduction offers us a promising path because it recognizes each user in their uniqueness, with it traces strategies that are not geared towards abstinence as a goal to be achieved, but to defend your life. Thus, we question whether it is possible to contribute to the psychosocial rehabilitation of drug users using as a working strategy in nursing political harm reduction, we understand that the therapeutic project, as well as rehabilitative programs, should not be seen as merely processes standards, but must meet the proposed objectives, as a set of guidelines and strategies that guide actions. Finally , the difficulty of the performance of the nurse in this area relates to the ever increasing number of users in position against the structuring of incentives to treatment services beyond this, prevention programs are still lacking to fulfill the demand.

Keywords: Psychosocial care ; Drugs , Harm Reduction ; Nursing .

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
ACRD	Associação Carioca de Redução de Danos
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas
CETAD	Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas
CN-DST/Aids	Coordenação Nacional de Aids
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Equipes de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OEA	Organização dos Estados Americanos
PNA	Programa de Narcóticos Anônimos
PNAD	Política Nacional Antidrogas
PRD	Programa de redução de Danos
RD	Redução de Danos
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SPA	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1 AS DIRETRIZES DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA DE TRABALHO	14
2.1.1 Um breve histórico da trajetória da saúde, da reforma psiquiátrica e do uso de substâncias psicoativas até a Estratégia de Redução de Danos	14
2.2 A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM	21
2.3 SUBSÍDIOS PARA ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS X REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	28
3 METODOLOGIA.....	31
4 ANÁLISE E DISCUSSÕES: RESULTADOS PRELIMINARES	32
4.1 AS MODALIDADES DE TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS E A APLICABILIDADE DA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS.....	32
4.2 ROTINA DE ACOMPANHAMENTO A USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: REDUÇÃO DE DANOS.....	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICES	42
APÊNDICE A - ROTINA DE ACOMPANHAMENTO A USUÁRIOS DE DROGAS PSICOATIVAS COM FOCO NA REDUÇÃO DE DANOS	42
APÊNDICE B – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A USUÁRIOS DE DROGAS PSICOATIVAS COM FOCO NA REDUÇÃO DE DANOS (RD).....	45

1 INTRODUÇÃO

Ao buscarmos na história verificamos que vários foram os mecanismos de generalização do consumo de substâncias. Escohotado (2004) destaca que um exemplo histórico é o da morfina, usada indiscriminadamente entre os feridos da Guerra da Cesseção nos Estados Unidos da América entre 1861 e 1865, vindo a originar a “doença do exercito” pelas graves situações de dependência criadas os próprios missionários religiosos, em “missão divina” levavam consigo a heroína e a morfina, utilizados com o objetivo de recuperar os dependentes do ópio na China, onde ainda atualmente a morfina é conhecida por “ópio de Cristo”.

De fato o consumo de drogas progride, pois assume diferentes características, sendo fonte de prazer, de inspiração, de misticidade e de cura que acompanha o homem ao longo desses tempos. Em um estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas - CEBRID (2010) em 27 Capitais Brasileiras com 50.890 estudantes, 31.280 da rede pública de ensino e 19.610 da rede particular, 25,5% relataram uso na vida de outras drogas além de álcool e tabaco. As drogas mais citadas pelos estudantes, referindo-se ao uso no ano, foram bebidas alcoólicas (42,4%) e tabaco (9,6%), seguidas por inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%).

A dependência química é considerada uma patologia complexa e controvertida na qual as causas e consequências são amplas e relacionadas com aspectos orgânicos, emocionais, sociais e até espirituais observados em algumas seitas religiosas. Ainda para Costa; Castro (2001), a dependência química constitui se em grave problema de Saúde Pública, que envolve diferentes níveis e diferentes áreas de atuação no seu enfrentamento. A dimensão do problema exige abordagens diferenciadas, conforme a população afetada e conforme os quadros clínicos que se produzem.

A assistência à saúde aos pacientes com problemas relacionados do álcool e drogas tem sido prejudicada, tanto por questões relacionadas à organização ainda incipiente de serviços quanto também por conceitos mitos depreciativos e preconceituosos sobre esse tipo de paciente. Dentre as políticas públicas nacionais destinadas ao combate do uso e abuso de substâncias psicotrópicas, iniciativas estatais e projetos voltados à prevenção e promoção da saúde e ao tratamento das enfermidades são orientados pelos princípios do SUS, que preconizam a humanização dos serviços e a articulação entre os diferentes equipamentos sociais (BRASIL, 2004).

Até o início do século XXI, o governo não realizava ações sistemáticas para tratamento e prevenção do uso e abuso de substâncias psicoativas. Contudo, a partir da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, originária do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, se reafirmaram os princípios e diretrizes do SUS garantindo-se serviços de saúde mental às pessoas com transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (DELGADO; CORDEIRO, 2011).

Para Saraceno (2001) a reabilitação psicossocial, não é uma tecnologia, isso é uma abordagem, é uma estratégia que implica muito mais do que simplesmente passar um usuário, um paciente, de um estado de “desabilidade” a um estado de “habilidade”, de um estado de incapacidade a um estado de capacidade. Se somente isso, efetivamente, não seria necessário, tantos momentos de reflexão ao redor da reabilitação, considerando-a não como uma estratégia técnica, e sim como uma estratégia global. Isso tem uma primeira consequência muito importante. Implica numa mudança total de toda política dos serviços de saúde mental.

Considerando a importância da prática profissional no atendimento à população usuária de drogas, por um trajeto cheio de contradições, dúvidas, questionamentos e que certamente fogem às formas mais conservadoras, àquelas conhecidas, conscientes de resistência às mudanças ou atitudes de mudanças, essa nova abordagem, implica no rompimento com os estereótipos arraigados e interiorizados, respeitando e ampliando os direitos das pessoas.

Assim a reabilitação psicossocial não é um conjunto de técnicas que tem como propósito ocupar o tempo e nem enquadrar o sujeito em modelos pré-estabelecidos, mas sim considerar suas potencialidades e construir situações que respeitem seus limites. Esta estratégia representa um conjunto de meios (programas e serviços) desenvolvido para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes.

Assim, em 23 de agosto de 2006, sob a Lei nº 11.343, cria-se o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que coloca o Brasil em destaque entre as discussões mundiais sobre esse tema ao indicar medidas preventivas contra o uso indevido de Substâncias Psicoativas (SPA) e promotoras da reinserção social dos usuários e dependentes de drogas no panorama internacional, distinguindo o traficante do usuário dependente, carente por tratamento e leis diferenciadas. Essa lei institui normas para coerção à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, definindo-os como crimes. (BRASIL, 2006). Foi com base na constatação da pouca eficácia dos tratamentos pela abstinência e dos altos custos das políticas repressivas, com pouca resolutividade, que a concepção da Redução de Danos (RD) passou a ser utilizada em saúde pública.

Em geral, a redução de danos traz uma contribuição expressiva, especialmente em relação às toxicomanias mais graves, que se apresentam com uma desorganização individual significativa para o sujeito participante da sociedade e perdas em vários aspectos da vida do indivíduo. Nestas toxicomanias, o amparo ao sujeito, à reabilitação psicossocial ou de direitos são imprescindíveis. Na medida em que a redução de danos passou a circular no âmbito público como uma diretriz, propôs um amplo debate, refletindo sobre a forma de acesso ao tratamento, não como um dever, mas como uma escolha. (BRASIL, 2004). Com isso questionamo-nos: É possível contribuir para a reabilitação psicossocial de usuários de drogas utilizando como estratégia de trabalho em enfermagem a política de redução de danos?

Acredita-se que esta discussão visa potencializar o trabalho em rede, resultando em maior disponibilidade dos profissionais da saúde pública para uma clínica ampliada com toxicômanos. Assim, o referido estudo justifica-se por na experiência prática com este grupo de pacientes ter vivenciado situações que como profissional de enfermagem me levou a refletir sobre a prática exercida e a efetividade das ações. Com isso acreditamos que as ações preventivas valorizam o trabalho em saúde, sobretudo o trabalho do profissional de enfermagem e, no contexto do Programa de Redução de Danos (PRD) a implantação de algo novo capaz de detectar e minimizar problemas, com sensibilidade, conhecimento técnico-científico e atualização permanente são fatores decisivos para uma atuação bem sucedida e diferenciada.

Após toda esta explanação o estudo em questão objetiva apresentar uma rotina de acompanhamento com base na Política de Redução de Danos como estratégia de trabalho em Enfermagem. Para o alcance, buscou-se descrever as diretrizes desta política bem como, apontar os subsídios para a atuação de profissionais, que vise à reabilitação psicossocial de usuários de drogas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 AS DIRETRIZES DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA DE TRABALHO

As estratégias de redução de danos tiveram origem na Inglaterra em 1926, com o Relatório Rolleston, elaborado por uma comissão interministerial, presidida pelo Ministério da Saúde, que estabeleceu o direito dos médicos ingleses de prescreverem opiáceos, entendendo esse ato como tratamento, e não como *gratificação à adição*. (Manual de Redução de Danos, 2001). Destacamos:

O princípio fundamental que orienta as ações na aplicação da estratégia de redução de danos está embasado no respeito à liberdade de escolha e ao direito à saúde do indivíduo, por ser uma estratégia que busca integrar medidas de promoção, proteção, tratamento e reinserção social dos usuários de drogas, que por vezes, não conseguem ou não querem abster-se da drogadição, mas que podem ter reduzidos os riscos de infecção por diversas doenças, como DST/HIV, hepatites virais e tuberculose, dentre outras. (BRASIL, 2001).

Conte (2003) esclarece que junto com a implantação de Programas de Redução de Danos (PRD) em vários países (Bélgica, Austrália, Alemanha, Suíça, França, Canadá e Brasil) surgiram outras modalidades, que visavam regulamentar o uso de drogas em *coffee-shops* (locais, horários, tipos de drogas permitidas), além da prescrição médica de metadona ou heroína, implantação de abrigos, centros de urgência, narcossalas, máquinas que fornecem seringas e auxílio na busca de emprego. Pesquisas constatam, em vários países, que ocorreu a estabilização no número de dependentes, diminuiu a infecção pelo HIV e baixou a mortalidade entre os usuários (Europa, Reino Unido, Austrália e Brasil).

2.1.1 Um breve histórico da trajetória da saúde, da reforma psiquiátrica e do uso de substâncias psicoativas até a Estratégia de Redução de Danos

Buscando na história, Finkelman (2002) refere que o processo de consolidação da Saúde Pública, do século XIX ao XX, no Brasil, esteve marcado pelo positivismo científico, pelos ideais da democracia liberal, moralidade burguesa e cristã, assim como pelo construir de

uma Nação que deveria se constituir por populações numerosas e sadias, assim mantidas por intermédio das campanhas de saneamento que enalteciam o Estado, garantido pela soberania nacional consolidada por meio do poder militar, das atividades industriais e do mercado em larga escala.

Acrescenta-se ao século XX a valorização do saber médico que produzia um discurso sobre a realidade social dos processos de saúde/doença, validada pela habilitação pericial e intervenções em parceria com as esferas jurídica, educacional (intelectual, física e sexual), política e moral com vistas ao controle de doenças infectocontagiosas e tropicais. De tal modo, o enquadre das ações em saúde voltadas ao público usuário de drogas também ficou centralizado à prática médica, que se legitimava junto ao Estado, ampliando seu mercado de trabalho.

Na década de 1920, surgem os movimentos contrários às práticas monopolizadoras da medicina tradicional visando democratizar a saúde frente ao regime de higienização, oriundo dos dispositivos disciplinares da época. Esses movimentos, desenvolvidos inicialmente no século XIX, firmam-se, no século XX, principalmente pelas campanhas de saneamento e reforma psiquiátrica. (FINKELMAN 2002).

Tanto a Reforma Sanitária quanto a Reforma Psiquiátrica reivindicavam o acesso universal igualitário à saúde a todos os cidadãos brasileiros. Contudo, foi a Reforma Sanitária que serviu como alicerce para a concretização das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, no âmbito da saúde mental (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2006). Da parceria entre as políticas em saúde e judiciária, consolidada ao longo da trajetória das temáticas voltadas às questões do uso e abuso de substâncias psicoativas, estabeleceram-se, durante a XX Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1998, os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas.

Nesse evento, após discutir-se também a redução da oferta, o Conselho Federal de Entorpecentes - CONFEN passa a se configurar Conselho Nacional Antidrogas – CONAD (DUARTE, 2011). O CONAD promoveu a criação da Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, vinculada a Casa Militar da Presidência da República.

A SENAD, instituída na gestão presidencial do governo de Fernando Henrique Cardoso, foi orientada pela Organização dos Estados Americanos – OEA (DUARTE, 2011). Essa secretaria, coordenada inicialmente por um civil, juiz Walter Maierovitche, e posteriormente pelo general Paulo Roberto Ulchôa, estruturou-se nos moldes do programa americano antidrogas cuja diretriz política e ideológica era o combate às drogas, principalmente, aos que faziam uso dela (DUARTE, 2011).

Em meio às práticas punitivas aplicadas aos usuários de drogas surge, no Rio Grande do Sul, em 1999, a Política Estadual de Educação Preventiva e Atenção ao Usuário de Drogas, que reconheceu a complexidade do fenômeno das drogas propondo, como alternativa, a integração das diferentes secretarias sob a coordenação da secretaria geral de Ações voltadas à prevenção, tratamento, recuperação, redução de danos e reinserção social do usuário de drogas lícitas e ilícitas (DUARTE, 2011). A saúde pública, até o início do século XXI, não realizava ações sistemáticas para tratamento e prevenção do uso e abuso de substâncias psicoativas.

Contudo, a partir da Lei nº 10.216, do dia 6 de abril de 2001, originária do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, se reafirmaram os princípios e diretrizes do SUS garantindo-se serviços de saúde mental às pessoas com transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (DELGADO, CORDEIRO, 2011). Acrescenta-se à consolidação das práticas em saúde ao usuário de drogas o Decreto Presidencial nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, que estabeleceu a Política Nacional Antidrogas – PNAD (DUARTE, 2011).

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

Ancorado pelo PNAD, em 2003, o Presidente da República, em Mensagem ao Congresso Nacional, apresentou a urgência por uma nova Agenda Nacional que reduzisse a demanda de drogas, a partir de três pontos: “Integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações; descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptada à realidade de cada município; estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica” (DUARTE, 2011).

Dentre as políticas públicas setoriais no âmbito da saúde, em 2003 é publicado o documento intitulado “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, acordando oferta de serviços voltados à prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários de álcool e outras substâncias psicoativas (BRASIL, 2004). Ao ser revisado e republicado em 2004, indicou a criação da rede de atenção integral a partir da

intersetorialidade, contemplando ações de prevenção, promoção e proteção à saúde. Assim, são implantados os Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas (CAPS AD).

Acerca desse documento destinado às questões do uso e abuso de substâncias psicoativas, Flach (2010) apresenta a seguinte reflexão: Este documento pode ser considerado um marco político que rompe com as propostas reducionistas e focadas na abstinência ao conceber o consumo de drogas na sociedade como um fenômeno complexo que não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas, e exige a construção de respostas intersetoriais e a participação da sociedade. (FLACH, 2010).

Machado (2006) afirma sobre essa política que suas diretrizes foram construídas “em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica brasileira e dentro de uma lógica ampliada de redução de danos”. (p. 95). Após essa política, incluem-se na agenda da saúde pública as ações voltadas ao consumo de substâncias psicoativas recomendadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental (DELGADO; CORDEIRO, 2011). De acordo com Cruz e Ferreira (2011), a constituição das ações de saúde em rede torna-se efetiva a partir da incorporação dos:

[...] recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc), sanitários (rede de saúde), sociais (moradia, trabalho, esporte, escola, esportes etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (CRUZ; FERREIRA, 2011).

Conforme Duarte (2011), “o Ministério da Saúde considera que o consumo de álcool e outras drogas é uma questão de saúde pública e não de segurança pública ou de polícia” (apud DELGADO; CORDEIRO, 2011). Visando reavaliar os fundamentos da PNAD, em 2004, frente às mudanças sociais, políticas e econômicas em andamento no País, essa política é atualizada, em articulação e sob a coordenação da SENAD, por intermédio do Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas. (BRASIL, 2004; DUARTE, 2011).

Após esses movimentos, a política pública, voltada para a temática das drogas, em 23 de maio de 2005, passa a chamar-se Política Nacional sobre Drogas (PNAD) que prioriza em suas ações o planejamento e a articulação entre os diferentes equipamentos sociais e instituições de saúde (DUARTE, 2011). Essa política apresenta direções e diretrizes sobre prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social; redução dos danos sociais e à saúde; redução da oferta; e estudos, pesquisas e avaliações. Orienta-se pelo princípio da responsabilidade compartilhada, segundo o qual governo, iniciativa privada, terceiro setor e

cidadãos devem atuar de forma cooperada e articulada entre si. Esse indicativo descentraliza as ações sobre substâncias psicoativas no Brasil (BRASIL, 2008).

Por sua vez, Flach (2010) avalia essa política, observando que, apesar das ações voltadas para a redução da oferta e da demanda de substâncias psicoativas, há o investimento na redução de danos, representando “uma importante mudança no discurso quanto ao ideal de uma sociedade abstinente das drogas para uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (p. 15). Assim, em 23 de agosto de 2006, sob a Lei nº 11.343, cria-se o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que coloca o Brasil em destaque entre as discussões mundiais sobre esse tema ao indicar medidas preventivas contra o uso indevido de substâncias psicoativas (SPA) e promotoras da reinserção social dos usuários e dependentes de drogas no panorama internacional, distinguindo o traficante do usuário dependente, carente por tratamento e leis diferenciadas. Essa lei institui normas para coerção à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, definindo-os como crimes (BRASIL, 2006).

A edição dessa lei favoreceu a aproximação da Justiça aos serviços de saúde e de assistência social, conferindo-lhes um papel central no atendimento a essas pessoas (GOMES et al., 2008). A justiça retributiva baseada no castigo é substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior é a ressocialização por meio de penas alternativas, tais como: advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços a comunidade em locais/programas que se ocupem da prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas; medida educativa de comparecimento a programa e curso educativo (DUARTE, 2011).

Os objetivos do SISNAD consistem em formular a Política Nacional sobre Drogas, compatibilizando planos nacionais com planos regionais, estaduais e municipais, estabelecendo prioridades entre as suas atividades por meio da definição de critérios técnicos, econômicos e administrativos. As diretrizes dessa política estão focadas na responsabilidade compartilhada entre governo e sociedade no que diz respeito ao tema colocando ênfase na garantia, e não apenas no reconhecimento desse direito, de tratamento a dependente e usuário. Essa política prioriza as ações de prevenção e avança no que tange às políticas de redução de danos (BRASIL, 2006). Em 2007, tem-se o Decreto nº 6.117, de 22 de maio, aprovando a Política Nacional sobre o Álcool, que estabelece princípios com vistas a:

[...] elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução de danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo desta substância, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas. (DUARTE, 2011).

Observa-se incentivo às estratégias que possam reduzir os danos causados ao organismo em decorrência do uso indevido de álcool, assim como a necessidade da comunicação formal entre as instituições de saúde e o atendimento ao usuário conforme suas necessidades. Contudo, o documento não insere medidas específicas referentes à redução da demanda do álcool às populações vulneráveis, no caso, a população em situação de rua (BRASIL, 2008). Atualmente, na rede de atendimento do SUS, aos usuários de álcool e outras drogas destinam-se a Atenção Básica mediante as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou as Equipes de Saúde da Família (ESF).

Pesquisa desenvolvida pelo Ministério da Saúde em 2002 constatou que 56% dessas instituições já tinham realizado ações em saúde mental. A esse serviço, em 2008, apresentaram-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostos por equipe multiprofissional interdisciplinar para que sejam realizados atendimentos conjuntos, apoio matricial¹², supervisão de casos, entre outras estratégias (DELGADO, CORDEIRO, 2011). Acrescenta-se a essa rede em saúde os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD). Esses centros foram instituídos em 2002 e são especializados no tratamento de álcool e outras drogas, objetivando, além dos atendimentos em saúde, a inclusão social (DELGADO, CORDEIRO, 2011).

Existem ainda os Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e outras Drogas, com leitos clínicos para atendimentos de urgência e emergência, visando diminuir as internações em hospitais psiquiátricos; e a rede de suporte social envolvendo associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil que complementam a rede de serviços colocados à disposição dos usuários pelo SUS (DELGADO, CORDEIRO, 2011).

Posteriormente a essa política o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, faz-se presente, intitulado Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, com predisposição ao desenvolvimento de ações intersetoriais imediatas e estruturantes, com campanhas permanentes de mobilização nacional. Constitui um de seus objetivos, inscrito no inciso I do art. 2º:

Art. 2º [...]

I - estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua; [...] (BRASIL, 2010).

Surge à implementação desse plano, que se encontra sob a coordenação geral do Ministério da Justiça, que envolve a participação de vários Ministérios, Secretarias. É uma proposta que articula os cuidados em saúde mental à Atenção Básica, ou seja, constitui-se por ser um arranjo organizacional de suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento das ações básicas de saúde para a população. (BRASIL, 2010).

Entre as ações do plano de implementação imediata tem-se operações encetadas pela Polícia Federal e Estadual, Forças Armadas e Polícia Rodoviária Federal, em áreas vulneráveis ao consumo e ao tráfico das substâncias psicoativas; prioridades para a ampliação do atendimento, tratamento e reinserção de usuários de *Crack*; campanha nacional de mobilização, informação pelo Observatório Brasileiro de Políticas sobre Drogas, e orientação com a criação, inicialmente, de um *site* interativo no “Portal Brasil” (<<http://www.brasil.gov.br>>); expansão das ações em projetos como Projeto Rondon e Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Projovem); capacitações destinadas a profissionais da rede de saúde e assistência social, educadores e comunidade escolar, objetivando a formação de multiplicadores em prevenção; e a juízes e equipes psicossociais, visando uniformizar e implantar práticas e políticas de reinserção social, conforme a Lei de Drogas (BRASIL, 2010).

As ações estruturantes do Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, estão organizadas nos seguintes eixos: 1º) integração das ações de mobilização, prevenção, tratamento e reinserção social, com destaque para as experiências da Associação Lua Nova, do Projeto Consultório de Rua e Terapia Comunitária; 2º) diagnóstico da situação sobre o consumo do crack e suas consequências; 3º) campanha permanente de mobilização, informação e orientação; 4º) formação de recursos humanos através da capacitação de profissionais e lideranças comunitárias (BRASIL, 2010).

Vale acrescentar que atualmente, além desse Plano Integrado, da Política sobre Drogas e da Política Nacional sobre o Álcool, há também a Lei Seca (Lei nº 11.705/08). Há que se lembrar, também, que na trajetória das políticas públicas, no campo da saúde, voltadas ao usuário de álcool e outras drogas, conta-se com algumas Portarias do Ministério da Saúde, apresentadas na sequência:

- Portaria nº 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS;
- Portaria nº 1.059/GM, de 4 de julho de 2005, que destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em CAPS AD;

- Portaria nº 384, de 5 de julho de 2005, que autoriza os CAPS I a realizarem procedimentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas;

- Portaria GM/MS nº 1.612, de 9 de setembro de 2005, que aprova as normas de funcionamento e credenciamento/habilitação dos serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.

Segundo Boiteux et al. (2009), as políticas públicas sobre substâncias psicoativas promovidas pelo Brasil são reconhecidas como as mais avançadas da América Latina, assim como também as que são previstas nas convenções internacionais sobre o tema.

2.2 A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

Inicialmente cabe destacar que a Redução de danos (RD) é uma estratégia que estimula a busca por uma saúde possível para pessoas que usam drogas e seus familiares, “tem como princípio o respeito à “liberdade de escolha”, pois nem todos os usuários conseguem ou anseiam parar de usar drogas”. (RIGONE, 2006).

A RD teve início no começo do século passado e não chega a ser novidade na medicina, pois Hipócrates já ensinava aos jovens médicos: *primum non nocere*, ou seja, em primeiro lugar, não cause danos. (NEIL; SILVEIRA, 2008). Em resumo, a redução de danos pode ser definida como um conjunto de medidas em saúde que têm a finalidade de minimizar as consequências adversas do uso/abuso de drogas, tendo como princípio fundamental o respeito à “liberdade de escolha”, posto que nem todos os usuários consigam ou desejam abster-se do uso de drogas, mas ainda assim podem reduzir os danos decorrentes deste uso (BRASIL, 2001).

Assim, Ribeiro (2010, p. 9) destaca que a Redução de Danos tem o objetivo de melhorar a vida e a saúde das pessoas; evitar a overdose e outros problemas físicos; evitar problemas com a via de administração (seringas); evitar a exclusão social e a violência; facilitar o acesso à rede de saúde e ao tratamento, quando necessário e consentido.

A RD foi designada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, como importante estratégia de saúde pública para prevenção de DST/AIDS e hepatites (BRASIL, 2003). Em 1995, o primeiro programa universitário de troca de seringasse deu-se na Bahia, sob responsabilidade do Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas – CETAD, da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Entre 1995 e 2003, com apoio da Coordenação

Nacional de Aids (CN-DST/Aids), foram criados mais de duzentos Programas de Redução de Danos (PRD) em cidades brasileiras. (PETUCO, 2007).

Por meio da Lei nº 11.343/2006, a Redução de Danos foi regulamentada como uma estratégia que se insere nos espaços institucionais por meio das políticas centrais de saúde do SUS, a exemplo da Política Nacional da Atenção Básica, da Política Nacional de Saúde Mental, da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas e da Política Nacional sobre Drogas, realinhada em 2004 (BRASIL, 2006).

No que concerne à saúde mental a Reforma Psiquiátrica Brasileira propõe um novo modelo assistencial em saúde, mental: a desinstitucionalização e a inclusão da pessoa portadora de transtorno mental. Porém, desinstitucionalizar vai muito além do que simplesmente retirar o paciente dos hospícios e manicômios. Desinstitucionalizar também significa qualificar, expandir e fortalecer a rede de atenção em saúde mental extra-hospitalar por meio de práticas que permitam a reabilitação psicossocial do indivíduo.

Os programas de redução de danos visam acessar e vincular usuários de drogas a serviços de saúde que promovam a diminuição da vulnerabilidade pela reinserção social pelos princípios da busca ativa em locais onde o usuário vive e faz uso de drogas; o vínculo ético e afetivo na relação entre usuário e agente redutor de danos, adquirido pela confiança; a abordagem sigilosa, não estigmatizante ou excludente; a intervenção que instigue o desenvolvimento da autonomia do sujeito; e ações de educação em saúde que oportunizem novos modos possíveis de relação com as drogas (ROMERO, 2001).

Atualmente, contudo, as opiniões sobre o uso e dependência de drogas têm-se baseado fundamentalmente em dois modelos, que constroem discursos específicos, baseados na importância que é dada às variáveis que intervêm no desenvolvimento da dependência – a substância, o indivíduo e o contexto sócio-cultural. São eles: o *modelo jurídico-moral* e o *modelo médico ou de doença*.

A partir do estudo solicitado pela Unesco, com finalidade de promover uma visão científica e crítica a respeito da Farmacodependência, Nowlis (1979) formulou um esquema que discute o consumo de drogas e a interação de seus elementos: a substância, o utilizador e o contexto. Paixão (1995) apresentou quatro modelos fundamentados no autor supracitado: o modelo jurídico-moral, o modelo médico, o modelo psicossocial e o modelo sociocultural. O modelo jurídico-moral assenta-se numa visão dualista da realidade. A coexistência de posições opostas e irreduzíveis (indivíduo-droga, legalidade-ilegalidade e finalidade médica e não médica) definem esta concepção. Este ponto de vista está relacionado com medidas ‘educativas’ e preventivas, articuladas a princípios repressivos.

O modelo médico ou de saúde pública, no qual, à semelhança das doenças infecciosas, a droga, o indivíduo e o contexto são considerados, respectivamente, o agente, o hospedeiro e o meio-ambiente. O agente é o elemento ativo, definido como o gerador de dependência, e o hospedeiro é a ‘vítima’, o doente a ser tratado ou curado. No modelo psicossocial, o indivíduo desempenha o papel de agente ativo, e a interação droga-usuário é o alvo da observação. Admite-se, deste ponto de vista, que o uso da droga é um comportamento que persiste enquanto desempenhar uma função para o indivíduo. O contexto é concebido em termos da influência, sobre o usuário, das atitudes e condutas de familiares, amigos, grupos de pares ou da sociedade. (REZENDE, 2000).

Neste contexto e, visando minimizar as consequências adversas do consumo de drogas, sem obrigatoriamente cessar o uso, que o governo brasileiro instituiu a Política de Redução de Danos. Destaca-se, porém que esta política não está voltada para a abstinência como objetivo a ser alcançado, e sim para as consequências relacionadas ao uso/abuso de drogas e a redução no consumo. Ela traça estratégias de defesa da vida, tendo como pressupostos, o acolhimento do indivíduo sem preconceitos, o respeito a sua singularidade, a melhoria da sua qualidade de vida, o trabalho com os riscos e suas possibilidades de minimizá-los e o aumento da sua rede de integração social.

Neste contexto, Ribeiro (2010) destaca que algumas orientações são passadas através da Estratégia de Redução de Danos aos usuários de substâncias psicoativas. Estas visam reduzir os riscos e danos associados ao uso de drogas, são elas: não aceitar drogas desconhecidas ou fornecidas por estranhos; comer antes de usar droga e beber muita água; procurar dormir sempre o suficiente; não compartilhar qualquer tipo de instrumento para consumo de drogas com outras pessoas; evitar combinar diferentes drogas; procurar companhia de alguém que esteja sóbrio; evitar envolver-se com situações incompatíveis com os efeitos (dirigir, trabalhar, fazer esportes radicais, nadar); não se envolver em situações violentas durante e após uso; respeitar os direitos e limites alheios; buscar amparo social, legal e outros direitos do cidadão.

Assim, tentar refletir sobre a questão das drogas na contramão das práticas autoritárias e repressivas implica refletir sobre o “estreitamento dos espaços de prazer na vida dos sujeitos e sobre o prazer que a droga garante ainda que provisoriamente e com tantos riscos.” (ACSELRAD, 2000). Assim, a RD é uma política que surge, enquanto estratégia de saúde pública, visando garantir aos usuários de drogas injetáveis e não injetáveis seu direito à saúde e o acesso aos insumos de prevenção sem, necessariamente, interferir na oferta ou consumo, respeitando a liberdade de escolha, buscando inclusão social e cidadania para os usuários, em

seus contextos de vida marginais, com um modo de atuar clínico e efeitos terapêuticos eficazes (BRASIL, 2004).

A promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, as consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade. A redução de danos não deve ser vista como sinônimo de movimento que vise disseminar, legalizar ou promover o uso de drogas e sim como método profilático.

Por outro lado se questiona como os enfermeiros contribuem para a efetiva implantação da estratégia de Redução de Danos, uma vez que nos cursos de graduação de enfermagem, pouco se discute sobre a temática do álcool e outras drogas. Geralmente, os conhecimentos dos enfermeiros são adquiridos nas suas vivências práticas cotidianas. A RD trabalha na perspectiva da intersetorialidade, inserindo os redutores e as pessoas que usam drogas nos diferentes cenários sociais. Para lidar com essa problemática, são feitas sensibilizações nos serviços (técnicos das UBS, das ESF, dos CAPS, dos serviços de Assistência, conselheiros, entre outros) para um melhor acolhimento à população acessada e excluída dos serviços. “Pensar Redução de Danos é pensar práticas em saúde que considerem a singularidade dos sujeitos, que valorizem sua autonomia e que tracem planos de ação que priorizem sua qualidade de vida.” (VINADÉ, 2009).

Os enfermeiros diariamente são consultados para avaliar situações, colher dados relativamente à saúde dos usuários, identificar diagnósticos de enfermagem, planejar e implementar intervenções e avaliar o progresso em relação à consecução de resultados esperados. Na redução de riscos e minimização de danos, a Enfermagem, mantém-se uma profissão de ajuda e por muitos considerados como uma arte. Esta arte permite atender a pessoa contribuindo para o seu bem-estar, para a sua saúde e para a sua qualidade de vida: “trata-se de encontrar uma pessoa no seu caminho particular de vida e de fazer caminho com ela” (HESBEEN, 2000, p.102 cit. por FERNANDES, 2007).

Neste contexto de cuidar, o enfermeiro reduz o estigma associado à busca de ajuda para este tipo de problemas e parte da premissa de que algumas pessoas irão continuar a consumir drogas por muito tempo, colocando-se a questão: É possível contribuir para a reabilitação psicossocial de usuários de drogas utilizando como estratégia de trabalho em enfermagem a política de redução de danos?

Assim, vai-se caminhando de modo a obter de forma continuada pequenos resultados e a melhoria da condição geral do indivíduo, no sentido de um maior bem-estar, podendo ser

uma alternativa mais efectiva do que as abordagens tradicionais que, baseadas exclusivamente na redução da oferta de substâncias tem privilegiado metas consideradas por muitos como utópicas. É assim, prerrogativa dos enfermeiros a implementação e a gestão de recursos terapêuticos, planeados em equipa. É essencial que todos os membros da equipa de redução de riscos e minimização de danos, conheçam os conceitos, princípios e as características subjacentes.

O enfermeiro ao promover todo este processo, estará ao mesmo tempo a considerar o toxicodependente como uma pessoa, estimulando o desenvolvimento da sua auto-estima e autonomia em direção à cidadania, composta de direito e deveres. Tomando as afirmações de Lazure (1994), os enfermeiros devem apresentar determinadas características inerentes ao acto de ajudar e ao cuidar, que são: dar do seu tempo, dar da sua competência, dar do seu saber, dar do seu interesse e da sua capacidade de escuta e compreensão.

Deste modo, as intervenções de enfermagem baseiam-se na relação de qualidade que se estabelece com a pessoa alvo do cuidar. Neste caso o toxicodependente, relegando para segundo plano o automatismo e tecnicismo inerente à execução de tarefas, também elas científicas e necessárias, mas não suficientes para lidar com uma pessoa enquanto ser biológico, psicológico, cultural, social e espiritual. “Assim, oferecer cuidados de qualidade, não só passa pela excelência dos cuidados em termos técnicos, mas, sobretudo pela dedicação” (FERNANDES, 2007).

É inegável que a Enfermagem é uma profissão de carácter prático, em que a ação tem papel preponderante, o que conduz a um vínculo muito enraizado com o saber fazer. Costa (2001 cit. por Fernandes, 2007) fala-nos nos dois pilares ideológicos que englobam a área explicativa e a área implicativa dos cuidados de enfermagem: “A primeira objetiva-se em cuidados visíveis, associados aos cuidados de reparação e manutenção da vida e a segunda relaciona-se com o tipo de personalidade do enfermeiro e a sua maneira de ser, traduzindo a relação entre o que faz e o que são verdadeiros cuidados de enfermagem” (FERNANDES, 2007).

Além de um saber prático que caracteriza a execução de ações de enfermagem, que inclui a destreza, a eficácia e a segurança existe um saber ser, que resulta na natureza e autenticidade da pessoa do enfermeiro. Assim sendo, para Fernandes (2007) os cuidados de enfermagem que não incluem atividades instrumentais, são muito importantes para estabelecimento de uma boa relação interpessoal entre o profissional e o toxicodependente e que muitas vezes, não sendo palpáveis, não são valorizadas corretamente, sendo consideradas como “pequenas coisas” que para este tem muito significado e superam a alta tecnologia.

Nomeadamente, quando nos referimos ao papel do enfermeiro em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica destaca-se o que foi denominado por “atitude terapêutica”, ou seja, o uso de condutas que contribuirão para a recuperação do utente, “cujo enfoque do cuidado deixa de ser o trabalhar para o utente, mas sim, junto dele” (STEFANELLI; FUKUDA; ARANDA, 2008).

O trabalho do enfermeiro fundamenta-se nas relações interpessoais, sempre com vista à promoção da independência e da autonomia do utente, redefinindo o papel do enfermeiro, acrescentando o papel de “conselheiro”, que é também de “terapeuta”, como o centro da enfermagem psiquiátrica, sem desprezar as outras funções do enfermeiro. As outras funções do enfermeiro vão desde: atuar como figura significativa, técnica, gerencial do cuidado, educadora do utente e da família, a um papel de agente socializador, promotor de um ambiente terapêutico, bem como agilizador de um trabalho em equipa, num *continuum* de trabalho interdisciplinar que exigem do enfermeiro competência, responsabilidade e criatividade. (STEFANELLI; FUKUDA; ARANDA, 2008).

Portanto a Enfermagem, na redução de riscos e minimização de danos, caracteriza-se pelo estabelecimento de uma relação de abertura, confiança, compreensão e demonstração de atenção e de solicitude para ajudar a promover, manter ou restabelecer o bem-estar da pessoa que é alvo dos cuidados. O enfermeiro pretende a substituição de comportamentos de risco para o indivíduo e para sociedade, em que as consequências negativas dessa escolha sejam diminuídas. Consequentemente o enfermeiro referencia, agiliza soluções e capacita os indivíduos para atingir maior nível de bem-estar.

Partindo do pressuposto que o cuidado de enfermagem tem como finalidade ajudar a pessoa a reconhecer e aproveitar as suas capacidades, independentemente do seu estado de saúde: quando um indivíduo não tem a capacidade ou disposição para abandonar o consumo de drogas, o objetivo torna-se minorar os danos provocados em si mesmo e à sociedade. Isso implica envolver o consumidor, do ponto de vista da confiança mútua e, estabelecer com ele, uma avaliação racional do seu estilo de vida e do seu comportamento, visando à promoção da saúde.

Quando esta questão é reconhecida, o Enfermeiro pode desenvolver um plano de assistência e realizar a desintoxicação, prevenção e tratamento de acordo com a necessidade de intervenção tal como a triagem, educação, aconselhamento e atendimentos individualizados para pacientes que apresentam uso abusivo ou dependência. Métodos utilizados segundo PILLON (1999), para atendimento dos usuários baseia se no processo de Enfermagem.

Caracterizando a importância do Enfermeiro como orientador atuante em postos de saúde, porém existe a falta de interesse da área da saúde pública que desenvolve poucos programas e cursos direcionados a esse assunto, enfatizando a necessidade da educação e prevenção, abrangendo as questões físicas psicológicas e os riscos de doenças relacionadas que o consumo de drogas podem gerar.

Entretanto, o Enfermeiro está mais envolvido e direcionado no acompanhamento do período de maior dificuldade do usuário de drogas que é a fase de abstinência, exercendo o papel do cuidador das possíveis reações do processo de abstinência, e executando também a tarefa de dar suporte emocional ao paciente e assistência as patologias possíveis ocasionadas pelo uso e abuso de substâncias químicas (ANDERSON,1999). A dificuldade da atuação do Enfermeiro nesta área está relacionada ao número de usuários sempre crescente em contra posição a estruturação de serviços de incentivos ao tratamento e programas de prevenção ainda são escassos frente a demanda (MARQUES, 1999).

Existe também a dificuldade do acesso dessa população, o que torna a extremamente vulnerável aos riscos e efeitos das drogas no organismo (biopsicossocial), cada vez mais abundantes e perigosas, além de freqüentemente termos como consequência a marginalização dos usuários. Devido a essas diversas dificuldades, são encontrados no âmbito tratamento ao dependente químico, dados que mostram que em todo o mundo os índices de recaída são em torno de 70%, número que por si só evidencia o sucesso limitado das alternativas disponíveis no campo da terapêutica.

Acreditamos então, mais do que nunca ser a prevenção ao uso e abuso de drogas que o pode de fato controlar a disseminação de usuários e evitar outros riscos de doenças infecto-contagiosa com por exemplo a AIDS. O Enfermeiro, pela sua formação, atuar como educador, privilegiando as orientações relacionadas dos efeitos, uso e abuso da droga bem como na assistência aos usuários e familiares (ANDERSON, 1999).

Atualmente vem ocorrendo algumas alterações e transformações da atuação do Enfermeiro no atendimento aos usuários de drogas, atendendo a clientela específica e que é realizado em nível ambulatorial, muito pouco vinculado a figura médica. Acreditamos que a pratica no atendimento a dependência demonstra o Enfermeiro inserido se cada vez mais nesse contexto multiprofissional de saúde, caracterizando que a Enfermagem está preparada para prestar assistência a indivíduos com dependência de várias substâncias desde a nicotina até cocaína (PI LLON, 1999).

É necessário para execução de uma atuação de enfermagem eficaz a implantação, envolvimento e o comprometimento do profissional, disposto a enfrentar as barreiras e as

dificuldades e principalmente os desdobramentos das questões das drogas que são a violência e a saúde.

2.3 SUBSÍDIOS PARA ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS X REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Em território brasileiro, a saúde do século XX, marcada pela epidemia da Aids, principalmente entre os usuários de drogas injetáveis, mobilizou os gestores da saúde. Surge, então, o Programa Nacional de DST, em 1986, com fins de controlar, ampliar a política voltada às questões das drogas e garantir o direito a tratamento aos usuários de substâncias psicoativas injetáveis. Esse programa recebeu recursos financeiros do Banco Mundial, da *Union Nations Office on Drugs and Crime* e de outras instituições internacionais.

As ações em Redução de Danos anteriormente executadas eram desenvolvidas com recursos das secretarias estaduais e municipais de saúde (MESQUITA, 1998; DOMANICO, MACRAE, 2006). Posteriormente, outras instituições destinadas a atender os portadores de HIV passaram a existir, a exemplo das Organizações não governamentais, do Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS, da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS e do Instituto de Estudos e Pesquisa em AIDS de Santos. Nesses serviços se iniciaram os debates sobre as estratégias de redução de danos enquanto política pública de saúde direcionada a usuários de drogas injetáveis (MESQUITA, BASTOS, 2008).

No ano de 1989 iniciaram-se as práticas da redução de danos, no Brasil, na cidade de Santos, local onde predominava a maior taxa de infectados pelo vírus da AIDS. Na ocasião, ao ser criada a Secretaria de Saúde, implantou-se o primeiro programa destinado à troca de seringas, intitulado Programa Municipal de AIDS, que aconteceu durante a gestão de David Capistrano, secretário de saúde e militante nas Reformas Psiquiátrica e Sanitária. Assim, surgiu o primeiro Programa de Redução de Danos no Brasil, que teve como foco os usuários de drogas injetáveis (MESQUITA, BASTOS, 2008).

Contudo, uma intervenção judicial descontinuou a ação, interpretando-a como incentivo ao uso de drogas. O Poder Judiciário autuou como autores de crime de facilitação ao uso de drogas os coordenadores do serviço, enquadrando-os como traficantes. Na ocasião, a lei vigente para a prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes, no Brasil, era a Lei nº 6.368, datada de 1976 (BUENO, 2004; MESQUITA, 2008).

Então, o desenvolvimento de práticas na perspectiva da Redução de Danos em 1989 era compreendido pelo Poder Judiciário em Santos como um crime idêntico ao tráfico de drogas. Esclarecendo, segundo o Ministério da Saúde (2005) No Brasil, o Programa de Redução de Danos surgiu em Salvador, em março de 1995 e acompanhando este e outros programas, várias leis foram sancionadas para legitimar a prática da redução de danos em vários outros estados e municípios.

No início da epidemia de Aids, esse conceito esteve vinculado aos usuários de drogas injetáveis; depois ele se estendeu a qualquer forma de consumo de substâncias psicoativas, mesmo as legalmente permitidas, como o álcool, tabaco e medicamentos, considerando que qualquer substância psicoativa que altere a capacidade de discernimento ou a percepção do indivíduo pode colocá-lo em situação de maior vulnerabilidade, passando as questões sociais, a reabilitação psicossocial.

Para melhor elucidar, Pinho et al. (2008) fazem referência a um estudo realizado por meio de publicações internacionais, considerando a estratégia da reabilitação psicossocial e a reinserção social de usuários que apresentam problemas devido ao uso de álcool e outras drogas como uma possibilidade de elevação da condição de doente mental para a de cidadão. No que concerne ao paciente com transtorno mental, para alguns os autores, a reabilitação psicossocial dos pacientes com transtornos mentais busca resgatar as potencialidades e a autonomia dos sujeitos usuários de álcool e outras drogas por meio de “estratégias e ações intra-setoriais e intersetoriais efetivas com o propósito que estes possam assumir sua condição de sujeito social”.

A reabilitação psicossocial consiste em um processo complexo, uma vez que necessita da articulação de várias instâncias, políticas específicas voltadas para a área e, sobretudo, capacitação técnica dos profissionais. Na prática, muito se tem falado sobre reabilitação psicossocial, desde o advento das discussões sobre desinstitucionalização. Via de regra, os serviços que trabalham na perspectiva da reforma psiquiátrica se intitulam reabilitadores.

Os princípios, objetivos e pressupostos da reforma psiquiátrica orientam as práticas nos serviços. Da mesma maneira, existem princípios, objetivos e valores que orientam o trabalho de reabilitação psicossocial. Algumas produções com o título de reabilitação utilizam essa terminologia como sinônimo de reabilitação psicossocial. Entendemos a reabilitação psicossocial como um conceito mais amplo do que a terminologia reabilitação psiquiátrica sugere. Entretanto, para fins deste estudo, adotaremos os dois conceitos como sinônimos. (MESQUITA, BASTOS, 2008).

Na análise das distinções entre tratamento e reabilitação, Anthony, Cohen e Farkas (2006) assinalam que o tratamento e a reabilitação são procedimentos que idealmente deverão ocorrer em seqüência ou simultaneamente, sobrepostos e complementares um a outro. Apontam que as técnicas de tratamento e reabilitação são realizadas no mesmo programa ou em programas separados na mesma instituição. E ambos, tratamento e reabilitação, algumas vezes providos pelo mesmo profissional.

Entretanto, autores ressaltam que deverão ser feitas distinções entre tratamento e reabilitação para uma efetiva contribuição para as necessidades das pessoas com deficiências psiquiátricas. Recordam que no passado a reabilitação psiquiátrica era considerada somente após a conclusão do tratamento, ou ainda, considerada como uma alternativa quando o tratamento falhava. Observam que no presente muitos programas de reabilitação psiquiátrica se utilizam de técnicas de tratamento, ao invés da tecnologia de reabilitação.

Anthony, Cohen e Farkas (2006), ao descreverem as diferenças entre tratamento e reabilitação, entendem que a missão da reabilitação é promover o funcionamento e satisfação em ambientes específicos enquanto o tratamento está focado na redução de sintomas, na cura, ou desenvolvimento de insights terapêuticos; a intervenção da reabilitação pode ocorrer independente da teoria causal, enquanto o tratamento está baseado em uma variedade de teorias causais que determinam a natureza da intervenção; o foco da reabilitação está no presente e futuro enquanto o tratamento foca o passado, o presente e futuro.

Reabilitar pode ser entendido, para Kinoshita (2001), como um processo de restituição contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. A contratualidade do usuário estará determinada primeiramente pela relação estabelecida com os próprios profissionais que o atendem. Depois pela capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida, de modo que a subjetividade do sujeito possa enriquecer-se, assim como para que as abordagens terapêuticas específicas possam contextualizar-se.

A autonomia passa a ser entendida como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Ainda Saraceno (2001) entende que a reabilitação psicossocial não consiste em tornar os fracos fortes, ao contrário, consiste em mudar as regras do jogo para que os fortes possam se adaptar aos fracos e coexistir no mesmo cenário, a fim de permitir que o paciente que tem uma deficiência, frequente o mesmo cenário onde os fortes estão.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, exploratória, de abordagem qualitativa, realizada através do método de consulta a bancos de dados do LILACS e SCIELO. Pesquisa preliminar visto que o número de arquivos para consulta é limitado, bem como o número de pesquisas sobre a temática. Ao disponibilizarmos uma rotina de acompanhamento com base na política de redução de danos como estratégia de trabalho em saúde introduzimos a tecnologia do cuidado para a pesquisa em questão.

Desta forma, Günther (2006), refere que considerando os recursos materiais, temporais e pessoais disponíveis para lidar com uma pergunta científica, o pesquisador tem a tarefa de encontrar e usar a abordagem teórico-metodológica que permita num mínimo de tempo chegar a um resultado que melhor contribua para a compreensão do fenômeno e para o avanço do bem-estar social. Foram utilizados os seguintes descritores: Atenção psicossocial, Drogas, Redução de danos, Enfermagem.

Para análise dos dados, adotou-se o referencial da Análise de Conteúdo (AC) de Bardin. “Na AC o texto é um meio de expressão do sujeito, onde o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem”. (MINAYO, 2006). Técnica que trabalha com o conteúdo do texto, que na abordagem quantitativa traça-se a frequência das características que se repetem e na qualitativa são considerados a presença ou ausência de dada característica.

4 ANÁLISE E DISCUSSÕES: RESULTADOS PRELIMINARES

No estudo proposto, a apresentação dos resultados, seguida da discussão, está dividida em duas etapas: A primeira versará sobre as modalidades de tratamento de dependentes químicos enfatizando a aplicabilidade da estratégia de redução de danos. Quanto às particularidades desta etapa, observou-se a divisão do tratamento em grupos e aos modelos de tratamento que apresentam maior aceitação no Brasil. A segunda etapa apresentará a rotina de acompanhamento usuários de substâncias psicoativas abordando as ações de enfermagem desenvolvidas junto a usuários de álcool e outras drogas.

Essa sequência de instrumentos, procedimentos e análises, teve o intuito de alcançar os objetivos propostos neste trabalho através de uma análise qualitativa, visando elaborar uma rotina de acompanhamento a usuários de substâncias psicoativas, com a aplicabilidade da estratégia de redução de danos que possa servir para posterior consulta e atualização acerca do tema (ver apêndice A).

Segundo Andrade (1975), os manuais podem ser elaborados a partir de duas situações: quando na fase de organização e programação das atividades de um serviço e quando este já estiver em funcionamento e requer a atualização de normas e procedimentos. O que não esgota o assunto, mas sim, suscita novas questões para fins de ampliar os conhecimentos acerca dos aspectos que rodeiam o cotidiano de tratamento deste grupo, bem como situar a importância da equipe multiprofissional na aplicação da estratégia de redução de danos, quem sabe assim contribuir para a eficácia no tratamento e conseqüentemente para melhoria da qualidade de vida deste grupo.

4.1 AS MODALIDADES DE TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS E A APLICABILIDADE DA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS

As modalidades de tratamento de dependentes de drogas podem ser classificadas em quatro grandes grupos, de acordo com Milby (1988):

- Abordagens médico-farmacológicas: incluem hospitalização para desintoxicação e tratamento de doenças relacionadas à dependência; tratamento psiquiátrico convencional;

cirurgia cerebral (lobotomia); uso de drogas psiquiátricas; tratamento não-psiquiátrico com clínico geral; terapia de manutenção com opiáceos e terapias com antagonistas.

- Abordagens psicossociais: incluem psicoterapia psicanalítica; psicoterapia de apoio; psicoterapia e orientação familiar sistêmica; terapia comportamental; psicoterapia de grupo (comportamental, centrada na pessoa, psicanalítica) e, ainda, aconselhamentos baseados no uso da autoridade racional. Abordagens socioculturais: englobam as metodologias seguidas pelas Comunidades Terapêuticas e os Grupos de Narcóticos Anônimos.

- Intervenções baseadas em abordagens religiosas: às vezes, nessas abordagens, inclui-se o trabalho de médicos, psicólogos e assistentes sociais, mas o enfoque institucional básico é a doutrinação religiosa e o aconselhamento espiritual. Para os objetivos do presente texto, vamos nos restringir aos modelos que, do nosso ponto de vista, apresentam maior aceitação no Brasil. Destacamos o modelo de tratamento francês, inspirado em Claude Olievenstein, e alguns aspectos sobre os modelos psicossociais, socioculturais e religiosos.

Optamos pela apresentação do modelo francês e de seu representante mais conhecido no Brasil, o médico psiquiatra Claude Olievenstein (1995), devido à marcante influência que este especialista em toxicomania tem exercido, desde a década passada até o presente, entre os profissionais brasileiros do campo da dependência de drogas. Para este estudioso, é fundamental que o indivíduo tenha vontade de tratar-se, ainda que esta seja apenas transitória, superficial e torne-se aleatória, pela presença do grupo: “Os toxicômanos, além do mais, não são o que se chama de ‘doentes bem comportados’. Eles não dançam de acordo com a música da instituição psiquiátrica; desmamados, eles não aceitam as regras institucionais. Sempre conseguem introduzir a droga no hospital; mas o mais importante é a sua tendência natural ao proselitismo (OLIVENSTEINS, 1995).

E isso constitui um problema muito grave na fase de hospitalização, porque vemos deprimidos e esquizofrênicos jovens que são rapidamente iniciados consentindo, no uso de drogas. O autor afirma que o ideal seria evitar ao máximo a hospitalização, a não ser, evidentemente, em período crítico ou quando a internação represente uma efetiva proteção ao toxicômano. Medidas apressadas e ansiedade do terapeuta por soluções rápidas devem ser substituídas pela compreensão de que o uso de drogas é um sistema.

Deve-se possibilitar condições que ajudem o paciente a descobrir o que há nesse complexo emaranhado biopsicossocial. Apenas olhar para a droga é como olhar uma árvore sem perceber o ecossistema do qual ela faz parte. Olievenstein (1984) conclui que: “Quando se conhecem os resultados medíocres da luta contra o alcoolismo, que a sociedade tolera abertamente, bem mais que a droga, podem-se entender as dificuldades práticas em que

esbarra um tratamento hospitalar decente aos toxicômanos.” A cura, segundo este autor, é um longo processo a ser percorrido, no qual surgem contratemplos, e as recaídas são comuns. O mais importante, e mais difícil, é compreender as motivações do indivíduo, fazer com que ele tome consciência delas, ajudá-lo a transformá-las e prepará-lo para suportar a vida.

Magalhães (1991) avalia que o sistema francês de atendimento à toxicomania está fundamentado na compreensão da complexidade do fenômeno e na busca de múltiplas formas de intervenção. Há uma preocupação de que não haja substituição da dependência da droga por outro tipo de dependência, como a do médico, guru, remédio milagroso ou instituição mágica. A coerência ética e a diversidade de locais de atendimento formam a base deste modelo de tratamento. Esta autora considera que o modelo francês de tratamento das toxicomanias parece haver alcançado “resultados menos ruins do que em outros países”.

Destaca ainda que o número de “overdoses” é igual ao da Suíça, que tem oito milhões de habitantes e é quatro vezes e meia inferior ao da Itália, que tem quase a mesma população. O toxicômano francês utiliza basicamente opiáceos, heroína e medicamentos à base de codeína. O uso de tranqüilizantes é alto e cada vez mais se fala em politoxicomania. O consumo de *Cannabis* parece estacionado ou em decréscimo, mas é a droga eleita pelos adolescentes. Solventes orgânicos e alucinógenos não são citados como problemas, e o “ecstasy”, apesar de utilizado nos estabelecimentos noturnos, não tem levado a incidentes psiquiátricos. A utilização de cocaína parece estar aumentando, bem como a do “crack”.

A articulação entre Redução de Danos e Saúde Mental na Atenção Básica tem exigido trabalhar com a reformulação da concepção e das práticas em saúde, enfatizando a integralidade e a intersetorialidade e, especialmente, a integração com as ações estratégicas, entre elas e o Programa Saúde da Família - PSF (CONTE et. al., 2004). Através da Redução de Danos, tem sido possível retomar um olhar e um desejo de investimento no cidadão usuário de drogas.

Apresentada como uma estratégia em saúde pública tem sua importância como contribuição ao campo social pelo fato de questionar os consensos citados anteriormente, isso porque, apesar da proibição de algumas drogas, é preciso reconhecer diferentes relações de uso e estar disposto a escutar quem permanece envolvido com as drogas (CONTE et. al., 2004). Os tratamentos em geral não precisam e não devem ser considerados como uma pena para que tenham eficiência, eficácia e efetividade.

4.2 ROTINA DE ACOMPANHAMENTO A USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: REDUÇÃO DE DANOS

De um modo geral, as ações de enfermagem desenvolvidas junto a usuários de álcool e outras drogas caracterizam-se pela recepção e identificação da clientela, desenvolvimento de ações educativas, busca de alianças junto à comunidade e encaminhamentos a outros locais de tratamento (ver apêndice B). Constatou-se que poucos enfermeiros prestam orientações aos usuários de álcool e outras drogas durante a consulta de enfermagem, abordam os usuários de álcool e outras drogas durante as atividades dos demais programas do Ministério da Saúde na atenção básica, realizam busca ativa na comunidade, prestam esclarecimentos com a finalidade de redução de dano decorrentes do uso abusivo de drogas, orientam e direcionam o usuário para o tratamento.

Destacamos aqui experiência muito interessante do Programa de Redução de Danos - PRD de Pelotas que começou a desenvolver ações em 2001, com a troca de seringas entre Usuários de Drogas Injetáveis - UDI. Com o passar do tempo, no ano de 2005, as ações do PRD evoluíram para ir ao encontro da diversidade de demandas das pessoas acessadas, como a necessidade de documentação pessoal, respeito ao direito de cidadania, bem como outras questões sociais.

Para atender melhor às demandas dos serviços, foi criada em 2008 a figura do redutor de referência (RR) de distrito, que é responsável pelo contato com os serviços de seu território, trabalhando em rede (UBS, CAPS, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), escolas, que conta com a participação de estudantes dos cursos de Enfermagem, Educação Física, bem como de alunos da Medicina que participam do PET/Saúde Mental, um aluno do curso de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas, um biólogo, duas enfermeiras e uma psicóloga.

Em resumo, o trabalho do ARD acontece no território onde as pessoas vivem e usam drogas, respeitando suas escolhas através do entendimento de que muitas fazem uso porque querem ou porque não conseguem parar. Além disso, atendendo às demandas dos cidadãos acessados, são feitas pontes entre eles e os serviços (UBS, CAPS, CAPS AD, Hospital Geral e SUAS como a inserção da ERD no CREAS POP), para que possam vincular-se com outros segmentos como educação, cultura, entre outros.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tentar descrever as diretrizes da Política de Redução de Danos constatamos que esta foi regulamentada como uma estratégia que se insere nos espaços institucionais por meio das políticas centrais de saúde do SUS, a exemplo da Política Nacional da Atenção Básica, da Política Nacional de Saúde Mental, da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas e da Política Nacional sobre Drogas, realinhada em 2004.

Apesar da complexidade do problema e por este atingir diversos órgãos públicos e o indivíduo em toda sua complexidade moral, física e social percebe-se que as propostas e modelos de tratamento para farmacodependentes, em geral, são procedimentos ecléticos de ações médicas, psicológicas, sociais e religiosas. É pouco comum encontrarmos modelos puros o que de certa forma descaracteriza o tratamento, ressaltamos também que a bibliografia sobre a temática é limitada e desatualizada, tendo sido necessário em vários momentos da pesquisa necessário buscar por bibliografia de data anterior ao ano de 2000 constituindo-se como um dificultador da pesquisa.

Quanto aos subsídios para a atuação de profissionais na redução de danos que vise à reabilitação psicossocial de usuários de drogas ressaltamos que as ações em Redução de Danos anteriormente executadas eram desenvolvidas com recursos das secretarias estaduais e municipais de saúde. Assim, quando questionamos se é possível contribuir para a reabilitação psicossocial de usuários de drogas utilizando como estratégia de trabalho em enfermagem a política de redução de danos, compreendemos que os projetos terapêuticos individualizados, assim como os programas reabilitativos, não devam ser encarados como processos meramente normativos, mas devam responder aos objetivos propostos, como um conjunto de diretrizes e estratégias que direcionam as ações, havendo também à necessidade de maiores pesquisas sobre a temática, que nos forneça parâmetros recentes para a atuação.

E por fim, foi descrito que a dificuldade da atuação do Enfermeiro nesta área está relacionada ao número de usuários sempre crescente, em contra posição, a estruturação de serviços de incentivos ao tratamento e programas de prevenção ainda são escassos frente à demanda.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Odete Barros de. Manual de normas e procedimentos do serviço de enfermagem de saúde pública. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 1975. p. 455-66. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v9n4/02.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2014.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Título VIII. Seção II. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. 1990a. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. 1990b. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo humanos**. Brasília, 1998.

_____. **Portaria GM nº 816, de 30 de abril de 2002**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. Brasília, 2002.

_____. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5. ed. ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004**. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília: 2004.

_____. **Portaria nº 1.059, de 4 de julho de 2005**. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Portaria nº 384, de 5 de julho de 2005**. Autoriza os Centros de Atenção Psicossocial I - CAPS I a realizarem procedimentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Portaria GM/MS nº 1.612, de 9 de setembro de 2005. **Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Gabinete de Segurança Institucional. Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD de 27 de outubro de 2005. **Aprova a Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: 2005.

_____. **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. Diário Oficial da República do Brasil. Poder Executivo. Brasília-DF, 24 ago. 2006.

_____. **Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007**. Aprova a Política Nacional sobre o Alcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Parte 1. Brasília: Presidência da República, 2007.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política nacional de inclusão social da população em situação de rua**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008.

_____. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas. Brasília: Presidência da República, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Alcool e Outras Drogas. **II Chamada para Seleção de Projetos de Consultórios de Rua e Redução de Danos (PCR-II)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS**. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ, 2010.

_____. **Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011**. Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília: Presidência da República, 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS Brasília: CONASS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012**. Define as diretrizes de organização e financiamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Presidência da República, 2012.

BUENO, R. C. A experiência de Santos no Trabalho com UDIs. In: MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. **Drogas e Aids, estratégias de redução de danos**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 99-114.

BOITEUX, Luciana et al. **Relatório de Pesquisa “Tráfico de Drogas e Constituição”**. Sumário Executivo. Projeto Pensando o Direito. Rio de Janeiro/Brasília: Ministério da Justiça, 2009. Disponível em: <http://arquivos.informe.jor.br/clientes/justica/agencia/agosto/Sumario_executivo_pesquisa_Trafico.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2014.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS - CEBRID. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. São Paulo. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

COSTA, M. C. L. Fortaleza: expansão urbana e organização do espaço. In: **Ceará: um novo olhar geográfico**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2007. p. 51-100.

CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M. B. A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das USB, CAPS-ad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. In: **As redes comunitárias e saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas**. Módulo 6 – coordenação do módulo: Marcelo Santos Cruz. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, 2011. p. 30-42.

DELGADO, P. G., CORDEIRO, F. A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil. In: **O uso de substância psicoativa no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais**. Módulo 1 / coordenação do módulo Tarcísio Matos de Andrade. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. p. 44-51.

DUARTE, P. C. A. V. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: **O uso desubstância psicoativa no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais**. Módulo 1 / coordenação do módulo Tarcísio Matos de Andrade. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. p. 34-43.

ESCOHOTADO. **História General de Las Drogas**. Lisboa, Antígona: 2004
Costa AL, Castro RCBMR. Subsídios para a atuação do enfermeiro com dependentes químicos. *Rev Enferm UNISA* 2001; 2: 22-5.

CONTE, Marta. *A Clínica Psicanalítica com toxicômanos: o “corte & costura” no enquadre institucional*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003.

CONTE, Marta. Necessidade demanda e desejo: os tempos lógicos na direção do tratamento nas toxicomanias. *Revista da APPOA*, ano 11, n. 24, maio 2003.

FINKELMAN, J., org. *Caminhos da saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

Fernandes, I. M. (2007). *Factores influenciadores da percepção dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau-Formação e Saúde.

Fernandes, L., & Carvalho, M. (2003). *Consumos Problemáticos em Populações Ocultas*. Lisboa: Instituto da Droga e Toxicodependência.

PINHO, Paula Hayasi; OLIVEIRA, Márcia Aparecida de; ALMEIDA, Marília Mastrocolla de. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832008000700017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 mar. 2014.

PILLON, S.C. **Programa de desintoxicação alcoólica ambulatorial. Uso e abuso de álcool e drogas.** São Paulo, v. 1, p. 27 37, set/out, 2000.

FLACH, Patrícia Maia Von. **A implementação da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no estado da Bahia.** 2010. 161 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

GOMES, L. F. et al. **Nova Lei de Drogas comentada artigo por artigo: Lei 11.343/2006**, de 23.08.2006. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira.* Lisboa: Lusodidacta.

MARQUES, F. **A política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos estados e municípios.** O Mundo da Saúde, v. 24, n.24, p. 1- 20, mar/abr, 1999.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

MACHADO, A. R. **O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública:** um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. 152 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG, 2006.

MESQUITA, F.; RIBEIRO, M.M. As estratégias de redução de danos junto a usuários de drogas injetáveis (a troca de seringas): aspectos médicos legais. In: **Atualidades em DST/Aids: redução de danos.** São Paulo: Secretaria Estadual da Saúde, 1998. p. 61-75.

MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. **Drogas e Aids, estratégias de redução de danos.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MESQUITA, F.; RIBEIRO, M.M. As estratégias de redução de danos junto a usuários de drogas injetáveis (a troca de seringas): aspectos médicos legais. In: **Atualidades em DST/Aids: redução de danos.** São Paulo: Secretaria Estadual da Saúde, 1998. p. 61-75.

OLIEVENSTEIN, C. **A droga: drogas e toxicômano.** São Paulo: Brasiliense, 1980.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental:** um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, maio 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2014.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 21, n. 4, p. 2-15, dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 mar. 2014.

ROMERO, Luiz Carlos. **Manual de Redução de Danos: saúde e cidadania.** Brasília:Ministério da Saúde, 2001.


SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

Stefanelli, M. C., Fukuda, I. M., & Aranda, E. C. (2008). *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. Brasil: Manole Ltda.

VINADÉ, T. F. **Redução de danos na atenção primária à saúde: construindo a potência do encontro.** IN.: MINOZZO, F.; FRANÇA, S.P. (Org.). A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde: módulo 7. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, p. 63-73, 2009

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTINA DE ACOMPANHAMENTO A USUÁRIOS DE DROGAS PSICOATIVAS COM FOCO NA REDUÇÃO DE DANOS

 UFSC	Rotina Interna	Unidade: Psiquiátrica Data da Revisão: 00/00/2014
<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</p> <p>ROTINA DE ACOMPANHAMENTO A USUÁRIOS DE DROGAS PSICOATIVAS COM FOCO NA REDUÇÃO DE DANOS</p> <p>NORMAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Considerar o acompanhamento a usuários de drogas psicoativas, os cadastrados/nãos cadastrados. 2. Todos os pacientes atendidos deverão realizar o acompanhamento. 3. O acompanhamento deverá ser realizado necessariamente por um membro da equipe envolvido. 		
AGENTES	AÇÃO	OBSERVAÇÕES:
ASSISTENTE SOCIAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulação, execução e avaliação de serviços, programas e políticas sociais que visem preservar, defender e ampliar os direitos do paciente psiquiátrico e/ou dependente de drogas. 2. Garantir o direito ao tratamento. 3. Atuar junto às organizações e familiares dos pacientes psiquiátricos, principalmente no acompanhamento do paciente que faz uso de drogas e se encontra em situação de risco. 4. Atuar com agentes de prevenção: acolhimento de casos novos, recepção, acompanhamento e busca ativa usuários de drogas em tratamento na unidade. 	GARANTINDO OS DIREITOS
ACS – AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenir o uso prejudicial de drogas e dos riscos a ele associados. 2. Atuar como o elo entre a população e o tratamento dos problemas relativos ao uso, abuso e dependência química. 3. Orientar e sensibilizar a população da comunidade em atuação. 4. Realizar a visita mensal a um grupo e/ou família em risco; 5. Realizar a busca e acompanhamento dos usuários cadastrados nas Unidades. 6. Criar vínculo mostrando às pessoas que usam drogas que são agentes de saúde e não agentes da justiça ou da repressão. 	CONSTRUINDO VÍNCULO
ENFERMEIRO e PSICÓLOGO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar os Agentes Comunitários de Saúde para identificarem os usuários de drogas da comunidade enfatizando a importância do vínculo e confiança; 2. Disponibilizar instrumento de registros. 3. Realizar registro do tratamento e 	CONSULTA OU ATENDIMENTO COM

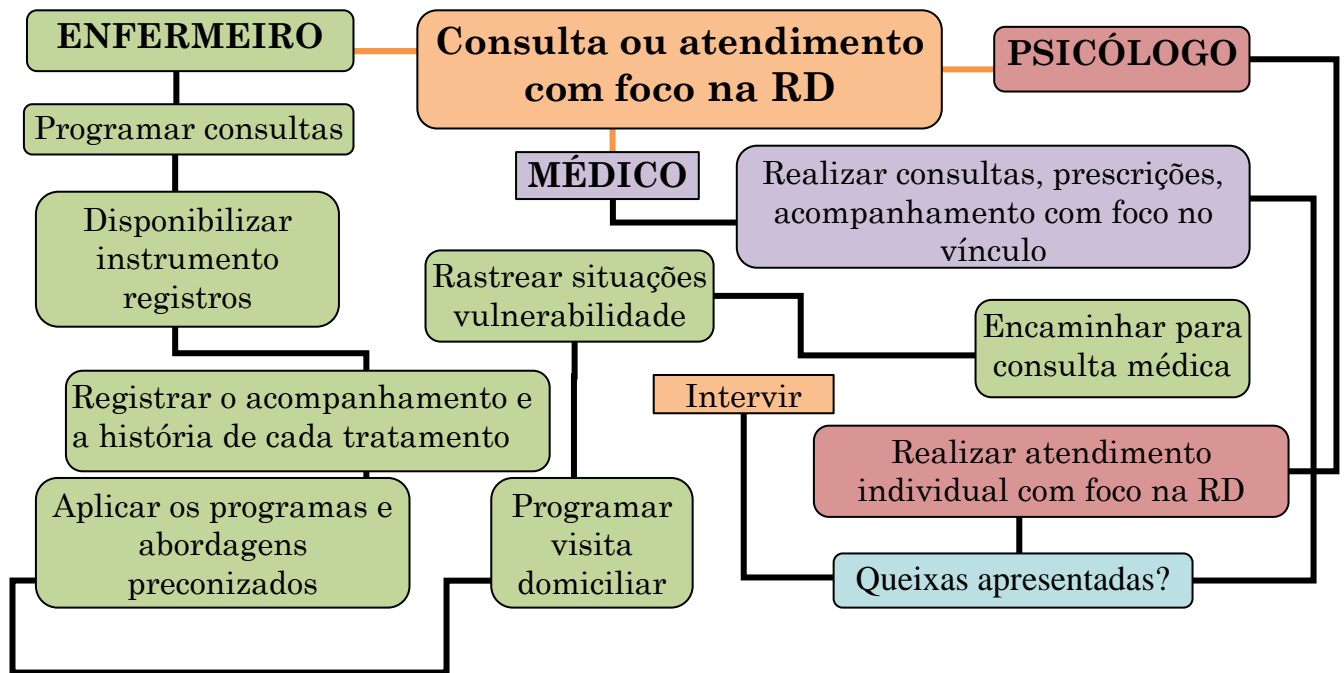
	acompanhamento. 4.Organizar as consultas e exames. 5.Rastrear situações de maior risco e vulnerabilidade social e familiar. 6.Registrar queixas específicas. 7.Intervir nas necessidades apresentadas. 8.Realizar atendimento com foco na redução de danos (ver programas e abordagens preconizados no manual do Ministério da Saúde); 9.Organizar a visita domiciliar enfermagem nos casos de usuários cadastrados e busca ativa. 10.Buscar as causas e origens do uso de drogas por aquele indivíduo; Atuar nas causas.	FOCO NA REDUÇÃO DE DANOS
MÉDICO	1.Realizar consultas e prescrições. 2.Criar vínculo. 3.Acompanhar a evolução clínica e psiquiátrica dos dependentes. 4.Atuar junto à família do usuário de drogas.	CONSULTA OU ATENDIMENTO COM FOCO NA REDUÇÃO DE DANOS
ENFERMEIRO PSICOPEDAGOGO	1. Aplicar os programas e abordagens preconizados: Programa de Trocas de Seringas; Programas de Metadona; Programas de Heroína; Redutores de Danos na Comunidade; Áreas de Tolerância; Aumento da Tolerância ou Descriminalização do Consumo. 2.Adequar às informações e disponibilizar impressos explicativos e educativos (ilustrativo) com informações para redução de danos e do uso de drogas. 3.Avaliar a efetividade das ações realizadas; 4.Atuar junto à comunidade; Fornecer os impressos ao familiar e na comunidade explicando os objetivos do controle de uso de drogas. 5.Promover a Integração.	DISPOSITIVOS E TÉCNICAS PARA REDUÇÃO DE DANOS
PREPARADOR FÍSICO: RECREADOR	1. Preparar atividades que estimulem a interação e envolvimento coletivo. 2. Estimular à competição reduzindo o impacto da doença e os agravos físicos e psicológicos.	O ESPORTE NA REDUÇÃO DE DANOS
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	1. Atuar em conjunto com foco na comunidade e no sujeito. Atentar para os objetivos da RD: - Evitar a overdose e outros problemas físicos - Evitar problemas com a via de administração (seringas) - Evitar a exclusão social e a violência - Facilitar o acesso à rede de saúde e ao tratamento, quando necessário e consentido. 2.Trocar informações sobre o tratamento e inovações científicas. 3. Organizar ações conjuntas com foco na adesão ao tratamento. 4. Atuar em conjunto para manutenção do tratamento. 5. Estar atento ao estado físico e psíquico apresentado pelo usuário. 6. Buscar a real situação social, familiar e legal. 7. Participar do evento anual voltado à integração e informação.	REDUZINDO DANOS
OBSERVAÇÕES GERAIS:	Considerar a rotina diária de atendimento a este grupo; Atualizar sempre que necessário.	

Elaborado por: Bárbara Lima de Paula (Pós Graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina e por Ma. Ana Paula Trombetta professora da Universidade Federal de Santa Catarina.	Revisado por: Dra. Vânia Marli Schubert Backes	Autorizado em: 00/00/2014
--	---	----------------------------------

Fontes: BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. RIBEIRO, Marcelo. Unidade de pesquisa em Álcool e Drogas. **Redução de Danos.** UNIAD, UNIFESP; 2010.

APÊNDICE B – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A USUÁRIOS DE DROGAS PSICOATIVAS COM FOCO NA REDUÇÃO DE DANOS (RD)

Fluxograma consulta ou atendimento com foco na redução de danos á usuários de substâncias psicoativas



Fonte: RIBEIRO, Marcelo. Unidade de pesquisa em Álcool e Drogas. **Redução de Danos**. UNIAD, UNIFESP; 2010.