

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIA LÍVIA ALEXANDRE FACÓ BEZERRA**

**REDUÇÃO DE DANOS EM UMA UNIDADE DE DESINTOXICAÇÃO QUÍMICA: UM  
RELATO DE EXPERIENCIA**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIA LÍVIA ALEXANDRE FACÓ BEZERRA**

**REDUÇÃO DE DANOS EM UMA UNIDADE DE DESINTOXICAÇÃO QUÍMICA: UM  
RELATO DE EXPERIENCIA**

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

**Profa. Orientadora: Msc.Priscila Orlandi Barth**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>04</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>06</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>15</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>20</b>

## **RESUMO**

A redução de danos se constitui em uma estratégia de abordagem dos problemas com as drogas, que não parte do princípio que deve haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas, seja no âmbito da sociedade, seja no caso de cada indivíduo, mas que formula práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com que convivem. O objetivo do trabalho é relatar a experiência de implantação do grupo de RD na unidade de desintoxicação química da Santa Casa. Trata-se de um relato de experiência realizado na Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza, com 10 pacientes usuários de drogas que estavam internados, realizado no mês de março de 2014. Verificou-se que o suporte emocional ineficaz, a rede social insuficiente e o enfrentamento voltado para evitar o problema, são fatores de risco para o uso de drogas. O grupo percebeu a importância de se conhecer os fatores de risco no uso indevido de álcool e outras drogas. Eles identificaram os problemas que as drogas causam na saúde, na família e na sociedade.

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos observa-se que o cenário epidemiológico no Brasil e em vários outros países cresce quanto ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, desencadeando problemas no que diz respeito ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas (MELMAN, 1992; LE BRETON, 2003, VALENÇA et al, 2013).

Diante deste quadro, algumas medidas foram pensadas para minimizar as consequências adversas do uso de drogas. As ações de Redução de Danos (RD) constituem um conjunto de medidas de saúde pública com o princípio fundamental de respeito à lei e a liberdade de escolha, à medida que os estudos e a experiência dos serviços demonstram que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo esses, precisam ter o risco de infecção pelo HIV e hepatite minimizados (BRASIL, 2001).

Estas medidas se traduzem em alternativas de uso que envolvam menores riscos e danos para os consumidores de tais substâncias e para a coletividade.

As iniciativas RD se expandiram, trilhando rumos diversos nos países onde foram inicialmente implementadas, Holanda e Inglaterra, e se espalharam para outras partes do mundo. O conceito de RD originou-se no ano de 1920 na Inglaterra. Nesse período, uma comissão de médicos ingleses - Comitê Rollerston - concluiu que poderia ser ocasionalmente necessário manter uma pessoa utilizando drogas para ajudá-la a levar uma vida mais produtiva (HILTON et al., 2000).

A RD foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil no município de Santos, em São Paulo, no ano de 1989, quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis (MESQUITA, 1991; PASSOS e SOUSA, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) inseriu oficialmente no Brasil a RD em 1994 enquanto política estratégica no âmbito da saúde pública, tendo como eixo inicial um conjunto de práticas voltadas para a prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e hepatites virais em grupos estigmatizados vulneráveis à transmissão dos vírus pelo compartilhamento das agulhas e seringas contaminadas durante a prática do uso injetável de drogas, na maioria dos casos (NIEL e SILVEIRA, 2008).

Essa política, posteriormente, passou a ser utilizada com maior intensidade no desenvolvimento de ações preventivas e na promoção de saúde junto aos usuários de drogas, em espaços institucionalizados e abordagens de rua, visando controlar possíveis

consequências negativas associadas ao consumo de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas) sem, necessariamente, interferir na oferta ou consumo, respeitando a liberdade de escolha, buscando inclusão social e cidadania para os usuários.

Assim, o Ministério da Saúde, por meio da Lei nº 11.343/2006, regulamentou a RD como uma estratégia que se insere nos espaços institucionais por meio das políticas centrais de saúde do SUS (BRASIL, 2006).

A Dependência Química não é só um problema psicológico ou social, é uma enfermidade grave e crônica que tem sido sub-diagnosticada e sub-tratada. O objetivo terapêutico a ser buscado é o da total abstinência; outro caminho é a redução de danos, que só poderá ser utilizada quando todos os recursos na busca da abstinência falharem. O plano terapêutico deve ser individualizado, variando de acordo com as especificidades de cada caso, e vários serviços e níveis assistenciais devem estar disponíveis para que se alcance o sucesso terapêutico (CFM, 2006, 2008).

A Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza mantém contrato com o município de Fortaleza para atendimento de pacientes usuários de álcool e/ou droga.

O Serviço Hospitalar de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas instalada na Santa Casa tem o objetivo de oferecer suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou drogas em situações assistenciais para as quais os recursos extras hospitalares disponíveis não tenham obtido a devida resolubilidade, ou ainda em casos de necessidade imediata de intervenção em ambiente hospitalar.

É um momento difícil para a recuperação dos usuários de drogas pela luta da abstinência contra o uso das substâncias psicoativas. Exatamente por isso que os pacientes além de tomarem os remédios prescritos pela equipe médica têm que desenvolver uma série de outras atividades, para não ficarem ociosos um momento que seja.

Diante disso, é importante que a unidade tenha um projeto que enfoque a RD, para que estes usuários tenham conhecimento sobre o que eles podem fazer para diminuir os danos causados pelas drogas em sua saúde física, mental e familiar.

O objetivo do trabalho é relatar a experiência de implantação do grupo de RD na unidade de desintoxicação química da Santa Casa.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Epidemiologia do consumo de drogas**

O consumo abusivo de álcool, tabaco e drogas ilícitas é prevalente em todo o mundo e está entre os 20 maiores fatores de risco para problemas de saúde identificados pela Organização Mundial de Saúde (HUMENIUK; POZNYAK, 2004). Segundo relatório das Nações Unidas, quando somados os valores para uso de cannabis, estimulantes (anfetaminas ou êxtases), cocaína, opiáceos e heroína, a prevalência anual ultrapassa 200 milhões de pessoas, sendo que, aproximadamente 4,9 milhões seguem tratamentos por consumo de drogas (WHO, 2008).

Em relação ao álcool, destaca-se a relação direta do abuso da substância com diversos problemas físicos, sociais e psicológicos, tal como câncer, condições neuropsiquiátricas, cardiológicas, gastrintestinais, acidentes, suicídio, entre outros. Ressalta-se também os diversos outros efeitos diretos em grupos sociais ou sociedades, tal como absenteísmos, desempregos, problemas com justiça criminal e danos causados por acidentes automobilísticos (WHO, 2007).

Os dados referentes ao Crack, droga com alto potencial prejudicial em curto intervalo de tempo, destacam um aumento do consumo nos últimos anos no Brasil. Estima-se que em 2001 0,4% da população já havia feito uso na vida de Crack e em 2005 este valor aumentou para 0,7%. A faixa etária de “25 a 34 anos do sexo masculino” apresentou consumo mais prevalente tanto em 2001 quanto em 2005, entretanto o índice de prevalência subiu de 0,7 para 1,5 no último estudo (DUARTE; STEMPLIUK; BARROSO, 2009).

Outro levantamento realizado em 2003 com crianças e adolescentes em situação de rua, de 27 capitais brasileiras, confirma a disponibilidade e o consumo de derivados de cocaína no Brasil. O consumo de Crack foi mencionado em 22 capitais e os maiores índices de uso recente (uso no mês) desta substância foram observados em São Paulo, Recife e Curitiba (entre 15 e 26%), seguidas de Natal, João Pessoa, Fortaleza, Salvador e Belo Horizonte (entre 8 e 12%) (NOTO et al, 2003).

Com relação às pessoas que usam drogas injetáveis e que vivem com HIV, o Relatório Mundial sobre Drogas de 2013 demonstra que houve algumas melhorias. Os países que implementaram um conjunto abrangente de intervenções contra HIV conseguiram alcançar uma redução de comportamentos de alto risco e de transmissão do HIV e outras infecções transmissíveis pelo sangue (WHO, 2013).

A prevalência e os diversos problemas associados ao abuso de crack e outras drogas inserem este tema como uma questão de saúde pública e chama atenção para a necessidade de intervenções diante desta realidade.

## **2.2. Redução de Danos**

A origem do conceito de redução de danos provém da Holanda, na década de 70, quando apareceram alternativas profissionais identificadas com a perspectiva do usuário de drogas, denominadas “modelo da aceitação”. Ao final dos anos 80 começou a ser utilizado na região de Merseyside (Inglaterra), em resposta a dois fatores principais (ICW, 2011):

1. O problema da infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis.
2. A suspeita crescente de que as estratégias adotadas até o momento não tinham melhorado a situação e, em alguns casos, tinham tido o efeito não desejado ao aumentar os danos associados ao uso de drogas.

Já no Brasil, as primeiras ações de RD surgiram em Santos, em 1992. No final da década de oitenta, aquele município apresentava altíssimas taxas de prevalência de soropositividade para o HIV entre usuários de drogas injetáveis. Houve repressão policial às atividades de RD e ações civis e criminais contra seus organizadores, alegando que estas atividades estimulariam o consumo de drogas e, por isso, o projeto foi interrompido (DIAS, 2008).

Em 1994, o Conselho Federal de Entorpecentes deu parecer favorável à realização de atividades de RD e o primeiro programa brasileiro começou, em 1995, na Bahia. Em 2003, mais de 150 programas de RD estavam em funcionamento no país com o apoio e, na maioria dos casos, com o financiamento do Ministério da Saúde.

Na década de oitenta, em nosso país, a assistência pública às pessoas com problemas com álcool e outras drogas ocorria quase exclusivamente nos hospitais psiquiátricos. Nestes, os pacientes recebiam apenas tratamento para abstinência ou intoxicação e recebiam alta sem a continuidade do tratamento adequado. Frequentemente, os pacientes eram re-internados, algum tempo depois, em situação igual ou pior à anterior e sem alternativas de assistência (BRASIL, 2010).

A falta de ações resolutivas para esta parcela da população teve como resposta o



surgimento de iniciativas privadas, ou voluntárias de criação de serviços como as comunidades terapêuticas e grupos de mútua ajuda, como os alcoólicos e narcóticos anônimos (BRASIL, 2010).

Apesar da relevância que estas instituições têm até hoje, foi somente, a partir dos primeiros anos deste século, que iniciou-se a construção de uma ampla rede de serviços extra-hospitalares para atenção à saúde mental e aos problemas com álcool e outras drogas (BRASIL, 2010).

Esta rede tem como elemento central e articulador os Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS ad) e incluem vários outros dispositivos da rede básica de saúde como os Programas de Saúde da Família, CAPS gerais, além de ambulatórios, emergências, hospitais psiquiátricos e hospitais gerais (BUCHELE e CRUZ, 2010).

Considerando que as ações para a saúde têm que ser inclusivas, o Ministério da Saúde definiu que as estratégias de RD se encontram entre os princípios da rede que está sendo estruturada. Isto significa que os serviços devem ser oferecidos tanto para as pessoas que querem e conseguem interromper o uso de álcool e drogas, quanto para as que demandam serviços de saúde sem interromper este uso (BRASIL, 2010).

A RD tornou-se uma política pública oficial do Ministério da Saúde do Brasil, e de diversos outros países, para lidar de forma adequada com problemas que podem ser gerados pelo uso de álcool e outras drogas. Portanto, está preconizada na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003), e respaldada pela Portaria n 1.059/GM de 04 de julho de 2005, do Ministério da Saúde que 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.

Os estudos científicos que se seguiram mostraram que ao contrário do que alguns supunham, a implantação dos programas de RD não foi acompanhada de crescimento da soroprevalência do HIV. Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, o número de casos notificados de Aids entre usuários de drogas injetáveis, maiores de 13 anos, caiu de 4092 (29,5% do total) em 1993, para 1506 (13% do total), em 2003 (Brasil, 2004).

Estudos realizados em Santos (MESQUIRA et al, 2001), Rio de Janeiro (BASTOS; TELLES; HACKER, 2001) e Salvador (ANDRADE et Al, 2001) encontraram importante queda na prevalência de soropositividade para HIV, hepatite B e C, quando comparados com estudos realizados nestas cidades antes da instituição de estratégias de RD. Nestes grupos atendidos pelas estratégias de RD estas pesquisas também encontraram diminuição da

frequência do uso injetável e de compartilhamento de seringas (em Santos, Rio de Janeiro e Salvador) e aumento do uso de preservativos (Salvador).

Estas pesquisas respondem favoravelmente a uma das indagações importantes sobre as estratégias de RD: se elas são eficientes em diminuir danos e riscos. Outra pergunta fundamental é se as estratégias de RD aumentam o consumo de drogas, sendo confirmado que nenhuma pesquisa demonstrou a associação de Estratégias de RD com o aumento do consumo de drogas (BASTOS; MESQUITA, 2001).

A RD constitui uma estratégia de abordagem dos problemas com as drogas, que não parte do princípio que deve haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas, seja no âmbito da sociedade, seja no caso de cada indivíduo, mas que formula práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com que convivem. Conforme Andrade (2002), as Estratégias de Redução de Danos se baseiam nos princípios da **Tolerância, Pragmatismo e Diversidade**.

**Tolerância** significa respeito às escolhas individuais, pois mesmo que discordemos ou percebamos riscos na conduta dos outros, vivemos em uma sociedade que optou pelo respeito às opções individuais. No caso do uso das drogas, também se pode utilizar o princípio de que a liberdade individual deve ser preservada desde que não invada a liberdade do outro (ANDRADE, 2002).

O **pragmatismo** se refere ao fato de que o objetivo maior é preservar a vida e, portanto, mesmo que em uma determinada situação, a abstinência seja identificada como meta a ser alcançada, se ela ainda não for possível, as ações para a preservação da vida devem ser concretizadas (ANDRADE, 2002).

O princípio da **diversidade** indica a compreensão de que as pessoas são diferentes, usam drogas de formas diferentes e há formas diversas de compreender a questão se ela for enfocada a partir dos vários pontos de vista, incluindo suas dimensões social, cultural, psicológica, biológica, jurídica, etc. (ANDRADE, 2002).

No campo da prevenção, as estratégias de RD significam a utilização de medidas que diminuam os danos provocados pelo uso das drogas, mesmo quando os indivíduos não pretendem ou não conseguem interromper o consumo destas substâncias. No caso do uso de drogas injetáveis, por exemplo, o ideal é que o indivíduo não as utilize. Caso ele não queira ou não consiga parar de consumir essas substâncias, que pelo menos o uso dessas não seja feito sob forma injetável. Se isto ainda não é possível, que não compartilhe seringas e a troca delas. Essa é uma das ações que lhe são oferecidas para evitar riscos (BRASIL, 2010).

É importante saber que as estratégias de Redução de Danos não se limitam, nem devem se limitar, à troca de seringas. Sempre que um usuário troca seringas, ele recebe também informações sobre como usá-las com o menor risco e como evitar o sexo sem proteção. Recebe do redutor de danos informações sobre sua saúde física e sobre serviços para tratamento de dependência e para problemas clínicos. Assim, a atividade de troca de seringas não é um fim em si, mas um serviço oferecido junto a muitos outros que têm o objetivo geral de preservação da saúde (CRUZ; SÁAD; FERREIRA, 2003).

O uso de benzodiazepínicos como o clordiazepóxido ou o diazepam, no tratamento da abstinência alcoólica, rotina nos serviços médicos no Brasil e no exterior, constitui outro exemplo de terapia de substituição e, portanto, de estratégia de Redução de Danos. Estas atividades são realizadas sem descartar a interrupção do uso de drogas como um objetivo a ser alcançado. Assim, não há contradição entre RD e abstinência como meta, mas sim entre RD e abstinência como uma exigência para que os pacientes recebam serviços.

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 (QUEIROZ, 2001), 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).

A partir daí, as estratégias de RD vêm sendo implantadas através dos Programas ou Projetos de Redução de Danos, que contemplam um conjunto de ações desenvolvidas, em campo, por redutores de danos, tais como: distribuição de seringas, atividades de informação, educação e comunicação, aconselhamento, encaminhamento, vacinação contra hepatite B, distribuição de preservativos e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, incentivo ao protagonismo e organização dos usuários, a fim de assegurar o direito e o acesso à saúde e apoio a busca de outros direitos sociais.

A Política Nacional Sobre Drogas (PNSD) foi construída em 2005, em fóruns regionais e um fórum nacional, sob coordenação da Secretaria Nacional de Políticas sobre as Drogas (SENAD), contando com o apoio de estudiosos, profissionais e representantes da comunidade. A Política reconhece a Estratégia de Redução de Danos como intervenção preventiva, assistencial e de promoção da saúde e dos direitos humanos (BRASIL, 2005).

A Política define, dentre suas diretrizes e objetivos, a necessidade de garantir rigor

metodológico às atividades de redução da demanda, da oferta e dos danos associados ao uso de drogas; e preconiza a realização sistemática de estudos e pesquisas na área, como forma de atingir esse objetivo (BRASIL, 2005).

Entre as ações recomendadas pela PNSD, para a implementação das estratégias de Redução de Danos encontram-se (BRASIL, 2005):

- Diminuir o impacto dos problemas socioeconômicos, culturais e dos agravos à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas.
- Comprometer os governos federal, estaduais e municipais com o financiamento, a formulação, implementação e a avaliação de programas e ações de Redução de Danos sociais e à saúde, considerando as peculiaridades locais e regionais.
- Promover e implementar a integração das ações de Redução de Danos com os outros programas de saúde pública.
- Garantir, promover e destinar recursos para o treinamento, capacitação e supervisão técnica de trabalhadores e de profissionais para atuar em atividades de Redução de Danos.
- Estabelecer estratégias de Redução de Danos voltadas para minimizar as consequências do uso indevido, não somente de drogas lícitas e ilícitas, bem como de outras substâncias.

Essas ações dão lugar a vários tipos de ações que podem ser implementadas conjunta ou separadamente, de acordo com as realidades de cada comunidade. Entre as mais comuns, destacam-se (ICW, 2011):

- Ações orientadas a promover o consumo de menos risco, dirigidas a proporcionar educação sanitária; costumam agir nos entornos próximos aos lugares de consumo. No caso de usuários de drogas injetáveis, incluem os programas de intercâmbio e/ou distribuição de seringas que podem ser realizados através de diferentes meios (equipes itinerantes com agentes de saúde na rua, centros de atenção primária, hospitais, centros específicos, farmácias, etc.) e os centros de injeção segura.
- Ações orientadas a oferecer cuidados mínimos, que oferecem serviços de ajuda social e sanitária de base, adaptados aos estilos de vida dos usuários e facilitam o acesso à rede sócio-sanitária.
- Ações orientadas a promover o sexo mais seguro, que proporcionam educação sobre sexualidade e prevenção e favorecem o acesso a preservativos.

- Ações orientadas a substituir o uso de substâncias adquiridas no mercado ilegal por substâncias prescritas. Incluem os programas de manutenção com metadona ou os programas dispensação controlada de heroína.
- Ações orientadas a promover o trabalho entre pares e a auto-organização dos usuários de drogas, que propiciam o protagonismo dos próprios usuários como agentes de prevenção e pela defesa de seus direitos cidadãos.

### 3. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado na Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza, no setor de desintoxicação química/dependência química, que é um serviço hospitalar de referência para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, com 10 pacientes (02 do sexo feminino e 08 do sexo masculino) usuários de drogas que estavam internados. No setor existe uma sala que é utilizada para atividades de grupo e foi nesta sala que ocorreu a experiência.

O estudo foi realizado no mês de março de 2014, em um encontro que durou duas horas.

Iniciou-se a atividade com a etapa prática; primeiro, a orientadora explicou como decorreria a dinâmica de grupo: foi solicitado que os participantes ficassem em pé no formato de um círculo, em seguida, ela daria início segurando a ponta do barbante e passando o restante do rolo para o participante da atividade com a qual ele mais conversava, tinha mais afinidade ou dava mais apoio. Após receber o rolo, o usuário deveria segurar uma parte do barbante e repassar o restante do rolo para o participante que era mais importante para ele, tinha mais afinidade ou lhe dava mais apoio. E assim sucessivamente, até que o rolo passasse por todos os participantes. O conteúdo teórico acerca do conceito, tipo, importância e finalidade das redes sociais de apoio, bem como as consequências da participação dessas redes no processo saúde-doença, foi apresentado oralmente ao grupo e, à medida que ia sendo explicado, os participantes discutiam, perguntavam e expunham suas experiências de vida. A avaliação foi realizada com a abertura de espaço para os pacientes relatarem como havia sido a experiência de participar da atividade educativa e o que foi mais importante.

O conteúdo teórico foi exposto através da explanação do que significava Redução de Danos, perguntando-se para o grupo o que ele entendia por reduzir danos. Para essa atividade foi utilizado papel madeira, onde a orientadora registrava as respostas dos integrantes.

Depois foram colocados vídeos que mostravam os efeitos negativos que as drogas traziam para nosso organismo, com intuito de sensibilizar o grupo para a importância de se conhecer os fatores de risco no uso indevido de substâncias psicoativas. Posterior aos vídeos, foi solicitado que os pacientes falassem como percebiam estes fatores e como estão sendo trabalhados na vida cotidiana e familiar.

A avaliação foi realizada com a abertura de espaço para os usuários relatarem como havia sido a experiência de participar do grupo e o que foi mais importante. Foi registrado as

falas e expressões não verbais dos participantes em um diário de campo durante toda a atividade.

Este estudo cumpriu integralmente os critérios estabelecidos pela Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, observando os aspectos éticos e seguindo os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia.

Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

## **4. RESULTADOS E ANÁLISE**

### **4.1 Apoio às Redes Sociais como estratégias de RD**

Durante o desenrolar do rolo de barbante, os participantes se observavam sem questionamentos. Após a última pessoa receber o barbante, observou-se que foi confeccionada uma teia durante a dinâmica de grupo. Diante da construção dessa figura, elucidou-se sua representatividade, destacando que todos nós dependemos uns dos outros, de forma direta ou indireta; que o ser humano não foi feito para viver sozinho. Precisamos uns dos outros. É essa sensação de não estar sozinho, ou seja, pertencço a uma família, grupo de amigos, associação do bairro, outras, que traz bem estar a todos nós.

Foi colocado para o grupo que mesmo pertencendo a uma rede de apoio que inclui família e amigos, todos temos planos na vida. Tais planos, mesmo que incentivados ou respeitados pelos mais próximos e significativos, frequentemente precisam de determinada estrutura para se concretizarem. Instituições de ensino, de saúde, de bem-estar social, dentre outras, são parte da estrutura básica da qual necessita um ser humano.

Os pacientes usuários de drogas precisam de uma abordagem multidisciplinar, ou seja, de muitos profissionais com formações diferentes, além da assistência médica, como psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, etc. Estes pacientes precisam também de reinserção social, o que só poderá ser alcançado com a participação e o compromisso de profissionais de diferentes formações, e não apenas do médico.

A internação no hospital psiquiátrico reforça o estigma e o preconceito contra pessoas que têm problemas com álcool e outras drogas, contribuindo para o desrespeito aos direitos de cidadania e dificultando a reinserção dos dependentes de álcool e outras drogas em sua família, em seu trabalho, em seu grupo social (BRASIL, 2009).

Pensando nisso, entre as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em dezembro de 2001, propôs-se que: "... o atendimento às pessoas usuárias de álcool e outras drogas e seus familiares seja integral e humanizado, realizado por equipe multidisciplinar, na rede de serviços públicos (Unidades Básicas de Saúde (UBS), Programa de Saúde na Família (PSF), Núcleo de Apoio à Saúde na Família (NASF), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga (CAPS AD), hospital-dia e unidade mista para tratamento de farmacodependência, serviço ambulatorial especializado), de acordo com a realidade local" (BRASIL, 2009).



A articulação de diferentes pontos da rede social pode otimizar espaços de convivência positiva que favoreçam a troca de experiências para a identificação de situações de risco pessoal e possíveis vulnerabilidades sociais, observando que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são fatores de risco ao uso de drogas:

- ausência de informações adequadas sobre as drogas;
- insatisfação com a sua qualidade de vida;
- pouca integração com a família e a sociedade;
- facilidade de acesso às drogas.

Assim, o indivíduo pode constituir ou fazer parte de uma rede, cujo **padrão de interação** poderá ser:

- **Positivo** – privilegiando atitudes e comportamentos que valorizam a vida.
- **Negativo** – marcado por atitudes e comportamentos de agressão à vida.

Verificou-se que o suporte emocional ineficaz, a rede social insuficiente e o enfrentamento voltado para evitar o problema são fatores de risco para o uso de drogas.

Durante a explanação verbal, foi percebido que, apesar de as redes sociais de apoio serem importantes para a reabilitação de usuários de drogas, muitos deles não tinham o conhecimento acerca do assunto ou afirmavam saber das redes sociais, mas não tinham conhecimento apropriado. Observou-se também o interesse em compreender as necessidades das orientações que eram passadas, fazendo perguntas e buscando informações quando necessitavam.

Ao término da atividade, os participantes avaliaram a educação em saúde expressando como foi enriquecedora e relevante a estratégia utilizada, e afirmaram ter revisto seu saber sobre as redes sociais de apoio, pois haviam obtido conceitos errôneos a respeito do assunto. Essas experiências mostraram um espaço de crescimento e trocas entre os envolvidos, tanto a facilitadora e participantes.

## **4.2 Redução de danos**

A explanação a cerca do tema RD foi colocada após a facilitadora identificar o conhecimento prévio dos pacientes a cerca do tema. Foi anotado tudo o que eles falaram em um papel madeira anexado à parede da sala de reunião, como uma “chuva” de ideias. A

pergunta era a seguinte: “Pra você o que é redução de danos?” Algumas respostas foram ditas, entre elas:

“Diminuição de uma coisa que não está certa”

“Amenizar uma situação que não é saudável”

“Melhorar uma situação atual”

Alguns deles não sabiam o real significado e a importância da RD na vida de um usuário de drogas.

Quando colocados os vídeos que mostravam os efeitos negativos que as drogas traziam para o organismo, o grupo começou a perceber a importância de se conhecer os fatores de risco no uso indevido de álcool e outras drogas. Eles identificaram os problemas que as drogas causam na saúde, na família e na sociedade. Os problemas identificados por cada participante foram colocados no papel madeira para serem analisados por todo o grupo, para que pudessem falar como percebiam estes fatores e como estão sendo trabalhados na vida cotidiana e familiar.

Alguns relataram que não sabiam o quanto as drogas traziam prejuízos à saúde. Mas que tinham ideia que não se sentiam bem quando usavam, principalmente depois do uso. As principais queixas foram: a falta de ar (dispneia), tonturas, alucinações visuais e auditivas, irritação e agressividade.

Além disso, foi dito por todos que as drogas prejudicavam o relacionamento com a família e amigos. Grande parte já tinha sido expulso de casa pelos pais ou se separado dos cônjuges.

As estratégias de redução danos se ocuparam não só das práticas individuais, mas também de compreender as condições de vulnerabilidade dos sujeitos para desenvolver intervenções apropriadas e estabelecer relações específicas de cuidado e reciprocidade entre os indivíduos e os grupos nos contextos de uso de drogas (ICW, 2011).

As estratégias de intervenção que se desprendem da Política se caracterizam por:

- Ampliar o leque da oferta de atendimento, estabelecendo objetivos múltiplos e intermédios.
- Adaptar as intervenções à heterogeneidade de usuários de drogas e as suas trajetórias individuais.
- Estabelecer uma relação profissional-usuário de drogas mais igualitária, flexível e participativa na tomada de decisões.

- Incorporar medidas que permitam um uso controlado de substâncias. Entre o uso compulsivo e a abstinência, trabalhar com regulações no uso de drogas.
- Recursos mais abertos, amigáveis e não censuradores.

Através do grupo de RD que podemos colocar estas estratégias em prática, principalmente no que diz respeito à relação positiva entre profissionais e pacientes.

Segundo Duarte (2010), todo indivíduo carece de aceitação e é na vida em grupo que ele irá externar e suprir esta necessidade. Os vínculos estabelecidos tornam-se intencionais, definidos por afinidades e interesses comuns. O grupo, então, passa a influenciar comportamentos e atitudes, funcionando como ponto em uma rede de referência composta por outros grupos, pessoas ou instituições, cada qual com uma função específica na vida da pessoa.

A avaliação foi realizada com a abertura de espaço para os usuários relatarem como havia sido a experiência de participar do grupo e o que foi mais importante. Foram registradas as falas e expressões não verbais dos participantes em um diário de campo durante toda a atividade

## **5. CONCLUSÃO**

A criação do grupo foi importante, pois ideias foram trocadas, ampliando os conhecimentos sobre a formação das redes de apoio aos usuários e a sua importância, identificando as redes de prevenção, tratamento e reinserção social no combate ao uso de drogas.

Os pacientes sentiram-se bem interessados na continuidade das atividades, assim como identificar os malefícios que as drogas causam em suas vidas, estabelecendo uma relação profissional-paciente. Cabe ressaltar que essa foi uma prática inicial, e que ainda há muito que se trabalhar para tentar reduzir os danos causados pelas drogas, sendo que o facilitador dará continuidade nas atividades dos grupos, levando mais dinâmicas acolhedoras e mais conhecimento sobre a temática abordada. .

## REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, et al. **Redução de danos e redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador-Bahia.** In: A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil. 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasil. 2001.
2. ANDRADE, T.M. **Redução de Danos um novo paradigma? In: Entre riscos e danos, uma nova estratégia ao uso de drogas.** Ministério da Saúde do Brasil e União Européia, 2002.
3. BASTOS, F.I; TELLES, P. e HACKER, M. **Uma década de pesquisas sobre usuários de drogas injetáveis e HIV/AIDS no Rio de Janeiro. Parte I: “Rumo a uma epidemia sobre controle?”** In: A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil. 10 anos de pesquisa e redução de danos. 2001.
4. BRASIL. **Curso Supera.** Módulos 6 e 7. 3. ed. Brasília: SENAD, 2009.
5. BRASIL. **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.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Manual de Redução de Danos, saúde e cidadania.** Série Manuais no 42, Brasília, 2001.
7. BRASIL. 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.
8. BRASIL. **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.
9. BRASIL. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias.** 2. ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas – SENAD, 2010.
10. BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Aprova a Política Nacional sobre drogas.** Resolução nº 3/gsipr/ch/conad, 27 out. 2005. Disponível em: <[www.senad.gov.br](http://www.senad.gov.br)>. Acesso em 15 mar. 2014.

11. BUCHELE, F.; CRUZ, D. D. O. **Aspectos socioculturais do uso de álcool e outras drogas e exemplos de projetos de prevenção.** In: Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 3 ed. v. 2. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010.
12. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Abordagem Geral do Usuário de Substâncias com Potencial de Abuso. Projeto de Diretrizes.** Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Associação Brasileira de Psiquiatria. 2008.
13. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil.** Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos e Associação Brasileira de Psiquiatria, 2006.
14. CRUZ, M.S; SÁAD, A.C; FERREIRA, S.M.B. **Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria; v. 5, n.52, p. 355-362, 2003.
15. DIAS, A.I.S. **Políticas de Redução de Danos no Brasil e as lições aprendidas de um modelo americano.** Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.
16. DUARTE, P.C.V.; STEPLIUK, V.A.; BARROSO, L.P. **Relatório Brasileiro Sobre Drogas.** Brasília: Secretaria Nacional Sobre Drogas/SENAD, 2009.
17. HILTON, B.A, et al. **Harm reduction theories and strategies for control of human immunodeficiency virus: A review of the literature.** Journal of Advance Nursing; v. 3, n.33, p. 357-370, 2002.
18. HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. **Intervenção Breve para o Abuso de Substâncias: Guia para Uso na Atenção Primária à Saúde.** Genebra: Organização Mundial de Saúde/OMS, 2004.
19. LE BRETON, D. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade.** São Paulo: Papirus, 2003.
20. MELMAN, C. **Alcoolismo, toxicomania, delinquência.** São Paulo: Escuta, 1992.
21. MESQUITA, et al. **AIDS entre usuários de drogas injetáveis na região metropolitana de Santos, na década de 1990.** In: A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil. 10 anos de pesquisa e redução de danos, 2001.
22. MESQUITA, F. **AIDS e drogas injetáveis.** In a. Lancetti (org.), Saúde Loucura . São Paulo: Hucitec. 1991.
23. NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde.** São Paulo: Ministério da Saúde, 2008.

24. NOTO, A. R. et al. **Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre drogas/CEBRID, 2003.
25. ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial sobre Drogas 2013. Nações Unidas sobre Drogas e Crime, OMS, 2013.
26. PASSOS, E.H; SOUZA, T.P. **Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”**. Psicologia & Sociedade; v. 1, n.23 (1), p. 154-162, 2011.
27. QUEIROZ, I. S 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.
28. ROMERO, L. C. **Manual de Redução de Danos: saúde e cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
29. VALENÇA, et al. **Sesi e Você na Prevenção das Drogas**. Curitiba: Sesi/PR, 2013.
30. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption**. Geneva: World Health Organization, WHO, 2007.
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Drug Report**. Geneva: World Health Organization, WHO, 2008.