



LUIZ HENRIQUE DA SILVEIRA

GOVERNADOR DO ESTADO

LEONEL ARCÂNGELO PAVAN

VICE-GOVERNADOR

LUIZ EDUARDO CHEREM

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

CARMEN EMILIA BONFÁ ZANOTTO

DIRETORA GERAL

LUIS ANTONIO SILVA

DIRETOR DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

IRACI BATISTA DA SILVA

GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA DAS DST/HIV/AIDS

APOIO TÉCNICO

PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS – SC
CID GOMES – COORDENADOR
FABIANA H. BELLI

Ressaltamos que os conceitos emitidos neste escrito são do Projeto, e não foram submetidos à apreciação da Organização Mundial de Saúde (WHO), Ministério da Saúde (MS), Programa das Nações Unidas para controle de Drogas (UNDCP), destinando-se ao uso exclusivo nas atividades educativas do Projeto de "Mobilização da Rede de Saúde para prevenção e redução de Danos ao uso indevido de Drogas".



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

ABC

REDUÇÃO DE DANOS

FLORIANÓPOLIS
2009

© SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
RUA FELIPE SCHMIDT, 774 - EDIF. MONT REAL
CEP 88010-002 - CENTRO - FLORIANÓPOLIS - SC
FONE (48) 3221-8400
WWW.DIVE.SC.GOV.BR
DSTAIDS@SAUDE.SC.GOV.BR

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ELIANE CORREIA FERMINIO, CRB 14/210.

C231 SANTA CATARINA, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. DIRETORIA
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA .
ABC REDUÇÃO DE DANOS. – FLORIANÓPOLIS: SES, 2003.
56P.

1. SAÚDE PÚBLICA – SANTA CATARINA. I.TÍTULO.

CDU 614.2(816.4)

APRESENTAÇÃO

A inserção no espaço social acontece pela efetivação da cidadania plena e efetiva. A reinserção social como participação democrática, traz o exercício do direito da escolha, ao mesmo tempo em que a responsabilidade individual resgata a consciência da autonomia.

Quanto mais participativas e abertas as informações para a formulação de propostas de intervenções, mais provável de que determinados contextos garantam uma melhor resposta oportuna do Estado a maioria dos problemas identificados, propiciando ao mesmo tempo aos indivíduos uma "consciência de escolha". Ao se priorizar o chamado "risco social" como potencialmente gerador de conflitos, é preciso criar um envolvimento institucional em rede dentro de um processo de aprendizado permanente que valorize e implemente ações e estratégias de proteção, cuidado e auto-cuidado, possibilitando mudanças de comportamento e atitude frente à situações de vulnerabilidade.

Assim foi pensado o presente manuscrito, como instrumento de apoio aos participantes de capacitações em redução de danos ao uso indevido de drogas e acolhimento de usuário de drogas.

É fruto das experiências vividas e demonstradas durante o decurso dos projetos de mobilização da rede social e de saúde nos anos de 1999 a 2001, aprimorado posteriormente pelo programa de redução de danos da Diretoria de Vigilância Epidemiológica/SES, e baseadas nas recomendações do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

Na oportunidade não deixaríamos de agradecer todas as ONG's e OG's que participaram do processo, como também ao médico Ari Sell e ao psicólogo Adriano Mosimann pelas colaborações que permitiram elaborar esta obra.

Como nada possui um final acabado, esperamos que as críticas e sugestões sirvam para o constante e efetivo complemento do trabalho.

LUIS ANTONIO SILVA
DIRETOR DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

SUMÁRIO

O que é redução de danos	8
População sujeito	8
Usuario de drogas	8
Crianças e adolescentes	9
População confinada	11
Usuários de anabolizantes	12
Travestis e transexuais	13
Redução de danos e trânsito	13
Estratégias de redução de danos (ERD)	15
1. o que são?	16
2. qual a finalidade da erd?.....	16
3. quais são os princípios de um programa erd?.....	16
4. quais são as diretrizes de um programa de erd?.....	16
5. quais pessoas fazem parte da erd?.....	17
6. como acontece a seleção e formação os redutores	17
7. quantas comunidades são assistidas pelo prd?	17
8. quais os elementos que levam à escolha das comunidades acessadas?	18
9. como se dá o início do trabalho (abertura de campo)?	18
10. como se aborda uma pessoa que usa drogas e/ou drogas injetáveis?	18
11. quais os materiais distribuídos?	19
12. quais materiais e equipamentos que os redutores utilizam no trabalho de campo?	19
13. com que freqüência é realizado o trabalho?	19
14. como se dá a relação entre a rede de saúde municipal e a erd?	20
15. como é feito o registro do trabalho realizado?	20
16. existem diferenças entre erd desenvolvida por Ong e outro desenvolvido por Og?.....	21
17. o PRD pode ser gerido pela própria comunidade e pelos serviços de saúde?	21
18. ERD têm encontrado problemas junto aos setores de segurança pública e justiça para realizar o seu trabalho?.....	21
A redução de danos é de lei!.....	22
Constituição federal - seção ii - da saúde	23

Lei n.º 11.343, de 26 de agosto de 2006 - que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do sistema nacional de políticas públicas sobre drogas (sisnad) e dá outras providências	23
A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas	24
Lei no 11.063, de 28 de dezembro de 1998 - autoriza a Secretaria de Estado da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas e estabelece outras providências.....	25
Conceitos básicos na questão do uso de drogas	26
Conceitos referentes ao consumo de drogas	28
Conceitos referentes ao acolhimento do usuário e/ou dependente de drogas e seus familiares	31
Prevenção	34
Serviços de saúde	36
Temas transversais	38
Bibliografia	41
Anexos	43
Roteiro: diagnóstico situacional de Recursos de serviços HIV/Aids e drogas	44
Diário de campo	47
Cadastro UDI e UD	48
Encaminhamento	49

O QUE É REDUÇÃO DE DANOS

Aplica-se aos indivíduos que, não podendo ou não querendo se abster, adotam práticas de risco ligadas ao uso de drogas.

Estratégia pragmática, própria do campo da saúde pública, que visa reduzir os danos causados pelo consumo de drogas lícitas ou ilícitas. Aplica-se aos indivíduos que, não podendo ou não querendo se abster, adotam comportamentos de risco ligados ao uso de drogas, como, por exemplo, o compartilhamento de seringas e agulhas para o uso injetável ou de canudos e cachimbos para consumo do crack, práticas sexuais de risco para DST/Aids e Hepatites, condução de veículos em estado de intoxicação ou embriaguez, injeção de silicone líquido e anabolizantes, etc.

POPULAÇÃO SUJEITO

O conceito de “população-sujeito” traz para o campo da Redução de Danos, da Prevenção e Promoção da Saúde a noção fundamental de “protagonismo” e da “troca simbólica”, da efetiva participação de indivíduos e da comunidade nas estratégias de intervenção implementadas. Por outro lado, o princípio da “troca simbólica” propõe que os agentes de Prevenção e Redução de Danos deixem de lado em sua prática a relação de poder com o usuário, na qual um ensina, o outro aprende, um manda, o outro obedece, passando a compreender que o seu conhecimento técnico é um instrumento valioso mas apenas complementar ao saber que o outro tem de sua própria vida, que para promover a efetiva mudança comportamental é necessário que o indivíduo se perceba enquanto agente, e não mais alvo/paciente, de mudanças e assuma a responsabilidade sobre seu comportamento.

Os indivíduos e grupos passam a ser atores principais, não mais meros coadjuvantes ou apenas receptores de informações e orientações, tendo efetiva participação na transformação da realidade.

USUÁRIOS DE DROGAS

Os Usuários de Drogas/UD, em especial Usuários de Drogas Injetáveis/UDI têm sido a população prioritária das ações de Redução de Danos, na medida em que se encontram em situação de maior vulnerabilidade devido ao compartilhamento de agulhas e seringas. Tendo em vista a tendência de crescimento da epidemia no sul do país, e os altos índices de contaminação pelo HIV/Aids e Hepatites entre UDI, é necessário que as ações de RD continuem a priorizar essa população.

Em Santa Catarina a epidemia de Aids tem relação estreita com o compartilhamento de agulhas e seringas, que em alguns períodos já chegou a ser primeira causa de notificação de casos de Aids e tem se mantido como segunda causa de transmissão do

Por outro lado, o fenômeno de “pauperização” da epidemia, aliado a disseminação do consumo de drogas, trouxe o desafio de se trabalhar com outros usuários, principalmente usuários de crack, que pela sua alta toxicidade para o organismo, aliada ao compartilhamento de “canudos” e “cachimbos” para consumo, torna os usuários extremamente vulneráveis às DST/HIV/Aids, Hepatites, Tuberculose e outras doenças.

Além disso, o consumo abusivo de álcool e outras drogas é atualmente um fator extremamente importante de vulnerabilidade às DST/HIV/Aids na medida em que diversos estudos têm comprovado sua relação com as práticas sexuais desprotegidas. Dessa forma, e na medida em que o álcool é a droga cuja utilização é mais difundida entre todas as camadas da população, das diversas faixas-etárias, a Redução de Danos também tem o desafio de implementar estratégias de intervenção voltadas principalmente aos usuários de bebidas alcólicas, sem esquecer dos usuários de outras drogas como a maconha, a cocaína (utilizada na forma “aspirada”), o “ecstasy” etc.

CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Cerca de 24 mil jovens fazem uso de drogas injetáveis. Desses, pouco menos da metade (42,5%) afirmam compartilhar seringas e/ou agulhas (pouco mais de 10 mil jovens).

Pesquisa realizada pela UNESCO em 2002 em escolas de 14 capitais brasileiras apontou que cerca de 10% (438.899) do total de alunos pesquisados declaram que bebem regularmente. Uma média de 3,0% (141 mil jovens) declarou fazer uso diário/ou quase todos os dias/ou nos finais de semana de alguma droga ilícita. Um dado importante diz respeito ao uso de drogas injetáveis. Cerca de 0,3% dos alunos das capitais pesquisadas afirmam fazer uso da via endovenosa, sendo a cocaína a principal droga.

Sendo a infância e adolescência períodos fundamentais para o desenvolvimento do indivíduo, a atenção dirigida pelo paradigma da Redução de Danos ao consumo de drogas, as DST/HIV/Aids e a vulnerabilidade social, entre crianças e adolescentes, deve ser caracterizada por intervenções comportamentais ética e sócio-culturalmente adequadas que visem o aumento dos fatores de proteção (psicológicos, físicos e sociais) e a diminuição dos fatores de vulnerabilidade que possam prejudicar e/ou comprometer o desenvolvimento físico, psíquico e social. Os Programas de Redução de Danos (PRD) voltados a crianças e adolescentes devem, portanto, considerar, além das características de desenvolvimento do adolescente, seus valores, crenças, costumes e práticas individuais e grupais, sua linguagem e simbologia, questões de sexualidade e gênero, de sociabilidade e grupos, além dos aspectos psicofarmacológicos das drogas, do contexto sócio-cultural de vida, das características biológicas e psicológicas desses jovens.

Na medida em que a questão da infância e adolescência no Brasil é marcada pelo fenômeno da exclusão social, que leva milhares de jovens a viver maior parte do tempo nas ruas das cidades, desamparados da família, da rede de proteção à saúde, educação e justiça, a Redução de Danos voltada a essa população deve

O componente político das ações de Redução de Danos, no que diz respeito a crianças e adolescentes, torna-se fundamental na medida em que é a exclusão familiar, escolar e social o maior fator de vulnerabilidade e de danos à saúde de crianças e adolescentes no Brasil.

buscar sempre ir além da disponibilização de informações e orientações sobre uso de drogas e DST/Aids, e de insumos de prevenção como preservativos e insumos de Redução de Danos. Para tanto, é necessária a implementação de parcerias que desenvolvam uma **ação sistemática em rede** dos diversos setores governamentais, além das instituições da sociedade civil, visando a criação de espaços de acolhimento, estruturados através de vínculos de confiança entre técnicos e usuários, nos quais o foco da intervenção não é o consumo de drogas, mais sim, a **promoção de**

alternativas de lazer, de atividades esportivas e culturais, de resgate da cidadania, através da inserção numa **rede sócio-familiar** que, contando ou não com a família biológica, possa promover saúde e cidadania para esses jovens brasileiros.

É preciso que além da ação política de mudança da estrutura social perversa, promova-se uma mudança cultural no que se refere à visão da sociedade em relação a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, que na verdade são seres plenos de potencialidades que emergem através de habilidades físicas e mentais e competências sociais desenvolvidas em condições extremamente difíceis de vida. Por isso, a prevenção e a redução de danos à saúde devem estar orientadas pelo desenvolvimento e fortalecimento dessas habilidades e competências.

Na cadeia pública de Itajaí, um estudo de 1996 mostrou uma prevalência de 19,9% de infecção pelo HIV entre os internos, predominantemente vinculada ao uso compartilhado de drogas injetáveis. No presídio de Florianópolis, em 1997, 5,9% dos internos entrevistados declararam ter usado cocaína injetável ao menos uma vez na vida e 1,4% disseram continuar a fazer uso dentro da prisão.

POPULAÇÃO CONFINADA

No Brasil, conforme censo penitenciário de 1995, 11% das condenações se devem diretamente ao tráfico de drogas, além disso, grande parte dos 64% de indivíduos que cumprem penas por furto, roubo e homicídio, também infringiram as leis devido ao envolvimento com a economia clandestina da droga.

A superlotação de presídios e penitenciárias, cadeias públicas e delegacias de polícia, a mobilidade dos detentos dentro do sistema (mudanças de regime, progressão de penas, transferências constantes) e o contato frequente com a população externa (visitas íntimas, penas curtas, reincidências), aliados a prática de uso de drogas, inclusive injetáveis,

sexo homossexual desprotegido e de tatuagens, e programas preventivos pontuais, tornam a população confinada extremamente vulnerável a epidemia de HIV/Aids e Hepatite e tuberculose.

As dificuldades em implementar ações de Redução de Danos dentro do Sistema Prisional dizem respeito a objeções práticas, legais, políticas e culturais: programas de troca de seringas representam risco para a segurança de internos e agentes penitenciários, bem como, implicam no reconhecimento e aceitação da disponibilidade de drogas nas prisões, já a distribuição de preservativos demanda a aceitação da existência de práticas homossexuais, a testagem compulsória não é aceitável etica e legalmente e os programas de manutenção com metadona para usuários dependentes não apenas exigem difíceis arranjos operacionais como encontram resistências por parte de autoridades.

Nesse contexto, as ações de Redução de Danos devem trabalhar a sensibilização dos gerentes do sistema prisional para a necessidade da implantação e implementação de programas de prevenção e promoção da saúde, a capacitação de funcionários e internos para o desenvolvimento de atividades de prevenção, como oficinas sobre drogas e sexualidade e outros temas de saúde, produção de material informativo e instrucional voltado a população confinada e sua rede social e familiar. No campo político, é necessário que se garanta o acesso a preservativos e medicamentos para DST/Aids, além de promover a parceria e integração entre instituições governamentais e da sociedade civil e as unidades do sistema prisional através da realização de intervenções conjuntas.

No entanto, e como reconhece o próprio Ministério da Saúde no "Manual de Redução de Danos", a maneira mais efetiva para reduzir a transmissão do HIV em prisões é a redução do número de UDI nas prisões, o que pode – no fim – vir a ser uma outra solução difícil uma vez que impõe a necessidade de mudanças significativas na legislação sobre drogas, para o desenvolvimento de alternativas legais ou de descriminalização do uso ou da adoção de sentenças que não impliquem em encarceramento.

Seja como for, além das intervenções práticas já mencionadas, o movimento social organizado da Redução de Danos no Brasil deve incluir em sua pauta de ações políticas, a mudança de interpretação das leis sobre drogas.

USUÁRIOS DE ANABOLIZANTES

No Brasil não há estimativas sobre o consumo ilícito de Anabolizantes, no entanto, segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/CEBRID, o consumidor preferencial está entre 18 e 34 anos de idade e em geral são do sexo masculino. Pesquisa realizada em 125 farmácias de Vitória(ES) entre abril e maio de 1993 constatou que dentre as 2.409 caixas vendidas dessas substâncias no período, 74% foram compradas sem prescrição médica. Nos Estados Unidos, em 1994, mais de um milhão de jovens já tinham feito uso de esteróides anabolizantes. Um estudo realizado no Canadá, com dezesseis mil adolescentes, publicado na Revista de Medicina Desportiva em Janeiro de 1996, revelou que 3% dos entrevistados relatavam uso de anabolizantes, desses 30% o faziam por via injetável e 30% compartilhavam seringas.

A maioria dos Anabolizante Esteróides são derivados sintéticos do hormônio masculino Testosterona, geralmente retirado do testículo do boi. A substância faz o anabolismo protéico, um aumento da síntese de proteínas no organismo, que associada a exercícios físicos aumenta a massa muscular e a força.

Os Anabolizantes podem ser encontrados em comprimidos e ampolas. A forma injetável é a preferida por agir mais rapidamente.

Os principais esteróides são: oximetolona, metandriol, donazol, fluoximetil testosterona, mesterolona, metil testosterona, sendo os mais utilizados no Brasil a Testosterona e a Nandrolona. No comércio brasileiro os principais medicamentos à base dessas substâncias e que são utilizados com fins de abuso são: Androxon®, Durateston®, Deca-Durabolin®. Porém, além desses, existem dezenas de outros produtos que entram ilegalmente no país e são vendidos em academias e farmácias. Muitas das substâncias vendidas como anabolizantes, são falsificadas e acondicionadas em ampolas não esterilizadas, ou misturadas a outras drogas.

Além da contaminação pelo HIV/Aids e Hepatites, o abuso de anabolizantes pode causar variações de humor, incluindo agressividade e raiva incontroláveis que pode levar a episódios violentos. Além desses efeitos, podem ocorrer:

- ◆ No homem a diminuição do tamanho dos testículos, redução da contagem de espermatozoides, impotência, infertilidade, calvície, desenvolvimento de mamas, dificuldade ou dor ao urinar e aumento da próstata.
- ◆ Na mulher o crescimento de pelos faciais, alterações ou ausência do ciclo menstrual, aumento do clitóris, voz grossa, diminuição dos seios.
- ◆ No adolescente a maturação esquelética prematura, puberdade acelerada levando a um crescimento raquítico.

A inclusão de usuários de Anabolizantes em Projetos de Redução de Danos, torna-se fundamental para a prevenção do HIV e Hepatites, dentre outros danos a saúde dessa população.

A disponibilização de equipamento para injeção segura e de informação e orientação sobre a substituição por Anabolizantes não esteróides, como os aminoácidos, que ajudam a sintetizar proteínas e que junto a exercícios físicos regulares e dieta balanceada, produzem o mesmo efeito de ganho de massa

muscular, sem os riscos dos anabolizantes esteróides, são ações a serem realizadas por PRD. A implementação de oficinas de sensibilização e capacitação e grupos de discussão com jovens fisiculturistas ou desportistas, com a participação de profissionais de saúde, principalmente aqueles especializados em medicina desportiva e endocrinologia, sobre estilos de vida mais saudáveis, além de ações de mobilização conjunta com academias de musculação e artes marciais, que incentivem ganhos mais duradouros e saudáveis obtidos quando se desenvolve a musculatura através de treinamentos regulares, também são atividades a serem promovidas no âmbito da Redução de Danos.

TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

Segundo levantamento realizado pela ADEH NOSTRO MUNDO – Associação das Travestis de Santa Catarina, 83% das travestis e transexuais da Grande Florianópolis já injetou silicone líquido industrial com a finalidade de modelar seu corpo. Esse mesmo levantamento revelou que 100% desta população já fizeram uso indevido de hormônios femininos com essa mesma finalidade. Há também relatos de óbitos decorrentes da impossibilidade de drenagem total do

Podem-se destacar diversos relatos de graves danos associados à aplicação de silicone líquido, tais como, rejeição do produto pelo organismo, deformações físicas, dores intensas, perda da sensibilidade nas áreas aplicadas, disfunções em músculos e nervos, migração do silicone para outras partes do corpo, septicemia, além da própria infecção e/ou reinfecção pelo HIV, HBC e HCV.

silicone aplicado e surgimento de câncer. Com relação aos hormônios, há ainda, relatos de aparecimento freqüente de furúnculos e diminuição da capacidade sexual.

Na grande maioria dos casos a aplicação de silicone é feita pelas chamadas "bombadeiras" que, geralmente, são outras travestis oriundas de outros estados que viajam pelas cidades com maior concentração de travestis realizando as aplicações indevidas de silicone, utilizando-se de seringas e agulhas de uso veterinário, produzindo até 300 picadas em cada sessão de aplicação, na maior parte das vezes sem quaisquer condições de assepsia, sendo que os orifícios abertos são fechados com esmalte ou colas do tipo "superbonder". O desejo de todas as travestis entrevistadas no levantamento citado é o de utilizarem próteses gelatinosas, aplicadas através de cirurgias plásticas por médicos especializados, no entanto os preços dos produtos e da cirurgia chegam a ser 1.000% mais caros que o cobrado pelas "bombadeiras".

Neste sentido, e diante da realidade que se coloca frente a esta população, é necessário implementar ações de RD junto às travestis e transexuais disponibilizando informação quanto aos riscos do uso do silicone líquido industrial e orientação sobre aplicação mais segura e não compartilhamento de agulhas e seringas, além de favorecer a utilização de hormônios de forma orientada e controlada.

REDUÇÃO DE DANOS E TRÂNSITO

O Código Nacional de Trânsito brasileiro estabelece que dirigir sob influência de drogas e, em particular, álcool (níveis de alcoolemia iguais ou acima de 0,6g/l) é crime. Estudo realizado em Recife, Brasília, Curitiba e Salvador (MELCOP e col., 1997) apontou que 61% das pessoas envolvidas em acidentes de trânsito apresentavam alcoolemia positiva. Já entre aqueles que sofreram atropelamentos, 56,2% apresentavam algum nível de álcool no sangue. Outro estudo, realizado durante o carnaval de 1997 em Recife, verificou a presença de álcool em 88,2% das vítimas fatais de acidentes de trânsito (MELCOP e col., 1997).

O consumo de anfetamínicos ("rebites") por caminhoneiros é também um grave problema de saúde pública no país, na medida em que aumenta a incidência de morbidade e mortalidade associadas aos acidentes de trânsito, além de causar uma série de danos a saúde física e mental dos usuários.

Pesquisa realizada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde em 2000, com mais de 13 mil caminhoneiros revelou que o conhecimento da transmissão do HIV depende, entre outros fatores do uso de drogas para ficar acordado. Indivíduos que relataram uso freqüente de "rebites" tiveram menor percentual de acerto de pelo menos 5 questões propostas. Outra pesquisa, realizada em 1998 no Porto de Santos também com a população de caminhoneiros, aponta que 73,6% deles têm jornadas diretas (manhã, tarde e noite) e muitos fazem uso de "rebites". Aliado a isso, os caminhoneiros podem ter múltiplas parcerias sexuais e contatos com pontos de venda de drogas em portos e fronteiras.

Nesse sentido, e tendo em vista os altos custos sociais e econômicos relacionados ao uso de drogas e condução de veículos, a Redução de Danos Associados ao

Consumo de Drogas no Trânsito surge como uma área estratégica a ser trabalhada pelas ações de RD.

Um programa de prevenção, baseado no paradigma da Redução de Danos, teria como componentes ações de: 1) Sensibilização comunitária, de mobilização da sociedade e de organizações governamentais e não-governamentais que congregam montadoras de automóveis, seguradoras, empresas e condutores de veículos de carga, e dos responsáveis por bares, postos de abastecimento e farmácias localizados próximos a rodovias, para refletir e discutir o problema; 2) Formação de multiplicadores "motoristas", "caminhoneiros", policiais e outros agentes de trânsito, além de pessoas da própria comunidade capacitados para disseminar informações e orientações a seus pares sobre estratégias de prevenção e redução de danos associados ao uso de álcool e outras drogas; 3) Prevenção e Redução de Danos, através de atividades de educação em saúde, da disponibilização de informações e orientações sobre o uso mais seguro de álcool e anfetaminas, dirigidos a condutores de veículos e sua rede social e familiar; 4) Sensibilização e Capacitação de Técnicos e Profissionais de saúde que atuam junto a população específica, em empresas de transporte, serviços públicos de saúde e postos do SEST/SENAT, bem como de Policiais Rodoviários; e 5) Produção e distribuição de material informativo e educacional sobre uso de álcool e outras drogas, prevenção e redução de danos.



1. O QUE SÃO?

Conjunto de estratégias de intervenção que incluem ações dirigidas a UD e UDI, sua rede social e familiar, a comunidade em geral e a setores governamentais e não-governamentais.

Os programas ou projetos **ESTRATÉGIAS** de redução de danos (**ERD**) desenvolvem uma série de intervenções que visam acessar e vincular UD e UDI a atividades que promovam a diminuição da vulnerabilidade associada ao consumo de drogas, a inserção em serviços de saúde, a garantia dos direitos humanos e cidadania e a reinserção social.

2. QUAL A FINALIDADE DA ERD?

O principal objetivo é a redução da incidência de DST/HIV/Aids, Hepatites e outras doenças de transmissão sanguínea e sexual entre Usuários de Drogas (UD) e Usuários de Drogas Injetáveis (UDI).

3. QUAIS SÃO OS PRINCÍPIOS DE UM PROGRAMA DE ERD?

- ◆ Busca ativa pelo usuário nos locais onde vive e faz uso de drogas.
- ◆ Vínculo ético e afetivo que promove a confiança entre usuário e Agente de Prevenção como instrumento fundamental de trabalho.
- ◆ Abordagem não estigmatizante, não excludente, sigilosa e baseada na empatia do Agente Redutor de Danos com o usuário.
- ◆ Intervenção que respeita e promove a autonomia, reconhece o direito e o dever de escolha e estimula a responsabilidade de cada indivíduo.
- ◆ Realização de ações de educação em saúde que promovam novos modos de relação com as drogas, a partir do estabelecimento de um compromisso, não ideal, mas possível e desejável, com a preservação da própria vida e com a saúde da comunidade.

4. QUAIS SÃO AS DIRETRIZES DE UM PROGRAMA DE ERD?

- ◆ Integração, sensibilização e capacitação intersetorial e interdisciplinar.
- ◆ Capacitação e supervisão técnica **continuada** dos membros da equipe.
- ◆ Integração, sensibilização e promoção de ações de educação em saúde junto a usuários de drogas e sua rede social e familiar.
- ◆ Distribuição, recolhimento e troca de insumos de Redução de Danos.
- ◆ Distribuição, de preservativos masculinos e femininos.
- ◆ Referência e contra-referência com sistema de saúde local.

- ◆ Reinserção social de usuários de drogas.

5. QUAIS PESSOAS FAZEM PARTE DA ERD?

Todos os profissionais da área de Saúde devem aplicar estratégias de Redução de Danos em suas atividades diárias de atendimento, praticando o acolhimento, promovendo a vinculação do paciente aos serviços e orientando sobre os danos inerentes as situações de risco a que está sujeito, inclusive esclarecendo quanto ao uso e danos das drogas que utiliza.

Em municípios onde a situação epidemiológica do uso de drogas e doenças infecciosas, tais como a AIDS e Hepatites, forem relevantes, as Secretarias Municipais de Saúde, ONG (Organizações Não Governamentais) ou outras entidades que tenham condições operacionais poderão organizar um Projeto /Programa de Redução de Danos para complementar as ações básicas de Saúde. Nestes casos sugere-se a seguinte formatação deste projeto/programa: 1 (um) Coordenador; 1 (um) Assistente de Coordenação (supervisor de campo) e Agentes de Prevenção ou de Saúde (Redutores de Danos - "outreach workers") em número adequado à demanda de trabalho.

6. COMO ACONTECE A SELEÇÃO E FORMAÇÃO DOS REDUTORES?

Os redutores (agentes de saúde) são, geralmente, escolhidos entre pessoas da própria comunidade, usuários e/ou ex-usuários de drogas ou pessoas da rede de relações sociais de usuários, lideranças comunitárias, profissionais de nível médio e universitário e outras pessoas que tenham facilidade na comunicação e contato com a população específica, e que possuam, principalmente, compromisso com a questão da promoção da saúde e cidadania de usuários de drogas. Seu treinamento é feito através de oficinas de capacitação, estágios em campo, grupos de estudo do próprio projeto e participação em encontros técnico-científicos.

7. QUANTAS COMUNIDADES SÃO ASSISTIDAS PELA ERD?

Depende da demanda de trabalho, do contexto geográfico, do número de Agentes Redutores de Danos e das possibilidades de deslocamento das equipes.

8. QUAIS OS ELEMENTOS QUE LEVAM A ESCOLHA DAS COMUNIDADES ACESSADAS?

Informações da própria comunidade, usuários de drogas e dos serviços de saúde sobre uso de drogas e drogas injetáveis nos locais, respeitando-se critério de prioridade no que diz respeito à situação de vulnerabilidade dos usuários e da própria comunidade.

O conhecimento da área/município a ser trabalhado se dará pelo diagnóstico SITUACIONAL DE RECURSOS DE SERVIÇOS HIV/AIDS E DROGAS (anexo 1).

9. COMO SE DÁ O INÍCIO DO TRABALHO (ABERTURA DE CAMPO)?

Delimitadas as áreas de intervenção, os primeiros contatos com a comunidade (abertura de campo) têm como **objetivo a sensibilização sobre a prevenção ao HIV/Aids** na qual se apresenta o trabalho específico de prevenção junto a usuários de drogas, em especial usuários de drogas injetáveis. Daí por diante, dá-se continuidade ao trabalho de prevenção junto à população em geral através das escolas, associações comunitárias, clubes, etc. De outro lado, o trabalho de campo é estritamente dirigido ao reconhecimento da rede de usuários no local e a abordagem do UD e UDI, geralmente nos locais de uso de drogas (praças, mocós, casas abandonadas, matagais). Esse contato é gradual e, sempre que possível promovido e/ou facilitado por outros usuários ou ex-usuários, ou outras pessoas já conhecidas na área ou junto a determinado grupo de usuários.

10. COMO SE ABORDA UM USUÁRIO DE DROGAS E/OU USUÁRIO DE DROGAS INJETÁVEIS?

A abordagem de UD e UDI deve levar em conta alguns princípios já mencionados anteriormente:

- ◆ O contato inicial promovido por outros usuários ou ex-usuários ou outras pessoas da comunidade já conhecidas do grupo ou indivíduo;
- ◆ O redutor de danos deve se fazer conhecer como um “agente de prevenção”, alguém que está no campo para trazer uma mensagem de auto-cuidados e oferecer insumos/instrumentos de prevenção (preservativos e Kit de RD);
- ◆ Na sua abordagem o redutor “**deixa seus preconceitos em casa**” e evita críticas, julgamentos, conselhos moralistas e qualquer tipo de discriminação;
- ◆ A abordagem do tema da redução de danos ampla, o redutor deve focalizar a questão do compartilhamento de agulhas e seringas, canudos e “cachimbos”, mas também ir além e trabalhar outros aspectos da saúde do usuário. Usar folder ilustrativo com conteúdo sobre drogas e HIV/AIDS, Hepatites e outras doenças relacionadas ao uso indevido de substâncias psicoativas, para que possa fixar os conhecimentos repassados e sirva de eventual consulta por parte do usuário;
- ◆ A abordagem deve sempre ter uma conotação de “**ponte**” com os serviços de saúde, o redutor precisa lembrar que uma de suas funções é incentivar o usuário a buscar o sistema de saúde (realização de testagem, consultas e exames, adesão ao tratamento antiretroviral e da tuberculose, etc.);
- ◆ Respeito pelo momento em que o usuário se encontra, oferecendo o que o usuário necessita num determinado instante, como p.ex., quando o indivíduo se encontra na “**fissura**”, na “**estiga**”, o que ele quer é tomar a primeira dose, então nesse momento, o redutor pode, no máximo, oferecer o Kit de RD, deixando as informações e orientações para outra oportunidade;
- ◆ Respeito pelo espaço do usuário, um “**mocó**”, uma casa abandonada, um terreno baldio, ou qualquer outro espaço ocupado por um grupo de usuários é o espaço **DELES**, e para se entrar aí é preciso sempre da sua autorização. Deve-se ter o cuidado para que os usuários não percebam o redutor como um **INVASOR**, alguém que entra no lugar sem ser convidado;

11. QUAIS OS MATERIAIS DISTRIBUÍDOS?

Material informativo e educativo (folder, cartazes, cartilhas), seringas descartáveis, água destilada e copinhos para diluição da droga, lenços embebidos em álcool para higiene do local de aplicação, garrotes e preservativos masculinos e femininos.

12. QUAIS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS OS REDUTORES UTILIZAM NO TRABALHO DE CAMPO?

São utilizados materiais para proteção do Agente Redutor de Danos tais como, botas, luvas descartáveis, pinças, caixa coletora e lanternas. Os Redutores também possuem mochilas onde guardam os materiais e insumos de prevenção, coletes de identificação e capas de chuva.

13. COM QUE FREQUÊNCIA É REALIZADO O TRABALHO?

O trabalho de campo é realizado, geralmente, quatro vezes na semana, incluindo um dia no final de semana. O horário e o ritmo do trabalho são ditados, muitas vezes, pelos próprios usuários, pois não há um horário específico para o consumo de drogas, mesmo que, de modo geral, ocorra principalmente a partir do final da tarde, no período da noite e madrugada. A duração do trabalho depende do número de usuários acessados e a quantidade de locais a serem visitados. Além do trabalho junto aos usuários, as equipes também realizam atividades técnicas internas semanais, tais como reuniões administrativas, supervisão psicológica grupal e grupos de estudos.

14. COMO SE DÁ A RELAÇÃO ENTRE A REDE DE SAÚDE MUNICIPAL E A ERD?

O contato e a comunicação devem ser permanentes. A parceria entre os técnicos da ERD e a rede de saúde deve acontecer através da referência e contra-referência no atendimento de usuários, na sensibilização e capacitação de técnicos e profissionais de saúde para a abordagem e acolhimento do usuário de drogas, na disponibilização de insumos de prevenção pelos Programas e/ou serviços locais de DST/Aids. Devido à estreita relação entre o HIV/Aids e uso de drogas, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), Hospitais Dia e outros serviços especializados em DST/Aids devem promover o acolhimento dos usuários de drogas a fim de facilitar a adesão aos tratamentos anti-retrovirais e evitar a re-infecção daqueles que já são portadores de HIV e Aids. Um importante trabalho a ser realizado conjuntamente é o treinamento das equipes dos postos de saúde e ESF/PACS para a implementação da RD na atenção básica através da abordagem do usuário em campo e do atendimento nas unidades básicas.

15. COMO É FEITO O REGISTRO DO TRABALHO REALIZADO?

DIÁRIO DE CAMPO – no qual o Agente de Saúde Redutor de Danos anota as informações mais relevantes sobre o campo realizado, tais como, locais visitados, usuários acessados, materiais distribuídos e recolhidos, intercorrências mais

relevantes ocorridas durante o trabalho, além de outros dados referentes à percepção do Agente sobre as situações vivenciadas no campo.

FICHA DE CONTROLE DE INSUMOS – onde é realizado o controle do material entregue, recolhido e trocado durante o trabalho de campo.

CADASTRO DE USUÁRIOS – no qual se registram informações sobre os usuários acessados pelo Projeto, **garantido o anonimato e o sigilo**, tais como idade, sexo, bairro de moradia ou no qual faz uso de drogas, quantidade de material utilizado, encaminhamentos realizados, levantamentos sobre situação sócio-econômica e de saúde, e sobre consumo de drogas.

FICHAS DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA - onde são registrados os encaminhamentos realizados à rede de saúde, assistência social, justiça, ONG, e outros, e anotados os dados sobre profissionais e serviços contatados e os procedimentos realizados.

Todos os registros devem garantir o anonimato e sigilo relativo ao usuário, sua publicidade deve ser controlada e dirigida a instituições e/ou serviços que possam contribuir com a promoção da saúde e cidadania dos usuários de drogas, bem como com o desenvolvimento da própria Redução de Danos.

16. EXISTEM DIFERENÇAS ENTRE ERD DESENVOLVIDO POR ONG E OUTRO DESENVOLVIDO POR OG?

A diretriz técnica e financeira das ERD são nacionais. As diferenças ficam por conta de particularidades culturais, geográficas e sócio-econômicas de cada comunidade. Os projetos desenvolvidos por OG podem ter mais facilidade com relação a acesso a insumos e aos serviços de saúde. Por outro lado, os projetos desenvolvidos por ONG têm mais facilidade em adequar-se as demandas dos usuários e do trabalho em geral, tais como realização de abordagens em locais não acessados por serviços governamentais, no período da noite e madrugada e nos fins-de-semana.

17. O PRD PODE SER GERIDO PELA PRÓPRIA COMUNIDADE E PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE?

As comunidades podem e devem ter um papel preponderante nas ações de promoção da saúde e prevenção. Nos Projetos de Redução de Danos a figura do **AMIGO DO PROJETO**, pessoas da própria comunidade (donos de bares, lideranças comunitárias, e outros) e dos **USUÁRIOS MULTIPLICADORES** (usuários capacitados para realizar o recolhimento e a troca de seringas e agulhas e os encaminhamentos de outros usuários a ONG ou aos serviços de saúde) são parceiros fundamentais para o sucesso do trabalho.

Os serviços de saúde, em especial as unidades básicas e as equipes de ESF/PACS devem ser preparados para realizar o trabalho de RD na medida em que são na rede de atenção os equipamentos mais próximos a comunidade, e com mais oportunidade, então, de ter acesso aos usuários de drogas.

18. Os ERD TÊM ENCONTRADO PROBLEMAS JUNTO AOS SETORES DE SEGURANÇA PÚBLICA E JUSTIÇA PARA REALIZAR O SEU TRABALHO?

No início da implantação dos PRD houve problemas com a justiça e polícia. No entanto, após mais de 10 anos passados das primeiras experiências de RD no Brasil, depois do Ministério da Saúde adotar a RD como política de saúde pública, a Presidência da República ter incluído a RD na Política Nacional sobre drogas, e além de vários estados, dentre eles SC, terem aprovado legislação específica para a RD, não houve, pelo menos em nosso estado, dificuldades legais para a realização do trabalho.

De qualquer forma, os setores justiça e segurança pública sempre são alvos de sensibilizações e capacitações a fim de que haja uma compreensão de que a RD não estimula o consumo de drogas, mas sim previne e controla a cadeia de transmissão do HIV/Aids e outras doenças, promovendo, assim, a proteção do bem maior da população – a saúde pública – conforme determina a constituição brasileira.



CONSTITUIÇÃO FEDERAL

SEÇÃO II DA SAÚDE

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que **visem à redução do risco de doença e de outros agravos** e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

LEI Nº. 11.343, DE 26 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; e dá outras providências.

CAPÍTULO II

DAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO E DE REINSERÇÃO SOCIAL

DE USUÁRIOS OU DEPENDENTES DE DROGAS

Art. 20. Constituem atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas.

.....

Art. 22. As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;

A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

**BRASÍLIA – DF
2004**

2.3 A Redução de Danos

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento.

Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por quê?

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. Vemos aqui que a redução de danos se oferece como um método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam.

LEI Nº. 11.063, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1998.

Decretada pela Assembléia Legislativa de Santa Catarina e Sancionada pelo Governador do Estado.

Autoriza a Secretaria de Estado da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas e estabelece outras providências.

Art. 1º Fica a Secretaria de Estado da Saúde autorizada a adquirir e distribuir seringas e agulhas descartáveis aos usuários de drogas endovenosas, com o objetivo de prevenir, controlar e reduzir a transmissão do vírus da Aids em Santa Catarina, mediante atividades de Redução de Danos.

§ 1º As atividades de Redução de Danos, previstas no "caput" deste artigo, incluindo a troca de agulhas e seringas descartáveis, dirigidas aos usuários de drogas injetáveis, deverão contemplar as seguintes ações:

- I – orientar e aconselhar sobre riscos à saúde decorrentes do uso de drogas;
- II – orientar e aconselhar sobre procedimentos destinados a minimizar os riscos inerentes ao uso de drogas, incluindo os métodos de desinfecção de agulhas e seringas;
- III – orientar sobre a prevenção da transmissão sexual da infecção pelo vírus da Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis;
- IV – distribuir preservativos;
- V – oferecer encaminhamentos dos usuários de drogas injetáveis aos serviços de tratamento de dependência química e atenção integral à saúde, bem como a outros serviços públicos que estimulem o exercício da cidadania.

§ 2º A Secretaria de Estado da Saúde garantirá anonimato aos usuários que procurem o serviço.

Art. 2º É facultado à Secretaria de Estado da Saúde celebrar convênios com municípios, universidades e organizações não-governamentais, visando o acompanhamento, execução e avaliação desta lei.

Art. 3º O Poder Executivo desenvolverá campanhas públicas maciças de prevenção ao uso de drogas e à Aids no Estado.

Art. 4º O Poder Executivo regulamentará a presente Lei no prazo de 30 (trinta) dias a contar de sua publicação.

Art. 5º As despesas com a execução da presente Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.



**CONCEITOS BÁSICOS NA
QUESTÃO DO USO DE DROGAS**

O QUE SÃO DROGAS

Toda e qualquer substância com potencial de alterar o funcionamento do organismo, resultando em mudanças biológicas, fisiológicas e do comportamento.

DROGAS PSICOATIVAS OU PSICOTRÓPICAS

Toda e qualquer substância que age no Sistema Nervoso Central, modificando seu funcionamento, alterando os sentidos, o humor, afetos, pensamentos, memória ou o comportamento.

DROGAS LÍCITAS

Substâncias psicoativas ou psicotrópicas cuja produção, comercialização e consumo não constituem crime. Em nosso meio, as drogas lícitas mais consumidas são: o álcool, o tabaco, inalantes/solventes (colas, thinners, esmaltes) e os medicamentos – com destaque para os ansiolíticos ou calmantes e as anfetaminas, em especial os moderadores de apetite. O consumo de drogas lícitas, especialmente álcool e tabaco, é um dos principais problemas de saúde pública no Brasil.

DROGAS ILÍCITAS

Substâncias psicoativas ou psicotrópicas cuja produção, comercialização e consumo constituem crime. As drogas ilícitas mais consumidas em nosso meio são a maconha, os inalantes/solventes (lança perfume ou "cheirinho da loló"), a cocaína e seus derivados, crack, merla e bazuca.

DROGAS DEPRESSORAS

Substâncias psicoativas que deprimem ou diminuem o funcionamento do Sistema Nervoso Central. Desse grupo de substâncias fazem parte o álcool, os inalantes/solventes, os ansiolíticos ou calmantes, os opióides ou narcóticos, como por exemplo, a morfina e a heroína.

DROGAS ESTIMULANTES

Substâncias psicoativas que aceleram ou estimulam o funcionamento do Sistema Nervoso Central. Desse grupo de substâncias fazem parte as anfetaminas, a cocaína, nicotina e cafeína.

DROGAS PERTURBADORAS

Substâncias psicoativas que perturbam o funcionamento do Sistema Nervoso Central, produzindo alterações que não fazem parte do estado normal de sua atividade, como por exemplo, os delírios, alucinações e ilusões, desorganização do pensamento, distração, percepção deformada de sons, imagens e do tato. Podem causar "más viagens", sensações desagradáveis, ansiedade, pânico ou delírios e surgimento de doenças psiquiátricas.

Desse grupo de substâncias fazem parte a maconha, algumas espécies de cogumelos e raízes (mescalina, lírio), o LSD, "êxtase", medicamentos anticolinérgicos, como por exemplo, o Artane®, Akineton®, Bentyl®.

CONCEITOS REFERENTES AO CONSUMO DE DROGAS

VULNERABILIDADE

Conjunto de fatores de natureza biológica, psicológica, social e epidemiológica cuja interação amplia os riscos ou danos de uma pessoa ou população frente a uma determinada doença ou situação.

Com relação ao uso indevido de drogas, a Organização Mundial de Saúde considera mais vulneráveis a este comportamento pessoas:

- ◆ Sem adequadas informações sobre os efeitos das drogas;
- ◆ Com saúde deficiente;
- ◆ Insatisfeitas com sua qualidade de vida;
- ◆ Com personalidade deficientemente integrada;
- ◆ E com fácil acesso as drogas.

UDI

Uso ou usuário de droga injetável. As injeções podem ser intramuscular, subcutânea ou intravenosa.

MOTIVAÇÕES PARA O USO

Conjunto de fatores que levam ao hábito de uso, de uso indevido de drogas e/ou dependência, e que dizem respeito à interação do indivíduo (sua constituição psicológica e biológica), o contexto social (estrutura familiar, relações sociais, a situação de trabalho e estudo, possibilidades de lazer e práticas esportivas, etc.) e a substância psicoativas propriamente dita, tipo de substância(s), e o padrão de consumo).

ABUSO DE SUBSTÂNCIAS QUE NÃO PROVOCAM DEPENDÊNCIA

O uso persistente e injustificado dessas substâncias é usualmente associado a quadros de "mal-estar difuso", não diagnosticado em exames físicos, e é provocada pela associação do consumo da substância a efeitos benéficos de sintomas psicológicos (angústia, ansiedade, depressão, baixa auto-estima). Frequentemente envolve contatos desnecessários com profissionais ou serviços de saúde e pode resultar em efeitos nocivos das substâncias no organismo. Dentre essas substâncias os grupos mais importantes são: Antidepressivos; Laxativos; Analgésicos e Esteróides e outros Hormônios.

ABSTINÊNCIA

Abstenção do uso de drogas. Quando o indivíduo não consome drogas por questão de princípios (morais, religiosos, ideológicos), é chamado de "abstêmio"; por outro lado, aqueles indivíduos que interromperam o consumo de drogas por questão de princípio, por indicação médica ou por outras razões, são chamados de "abstinentes".

SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA

Conjunto de sintomas que podem ser físicos e/ou psicológicos e/ou comportamentais que caracterizam o desejo incontrolável de usar uma ou mais substâncias psicoativas, de forma repetida e/ou em doses cada vez mais altas,

apesar das conseqüências danosas. A dependência é um estado caracterizado pela “fissura” de usar drogas, mesmo que isto traga prejuízos físicos, mentais ou sociais. O uso de drogas passa a ser o centro da vida do indivíduo que deixa de lado outros comportamentos, inclusive o cuidado consigo, com sua própria saúde.

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA

Grupo de sintomas de configuração e gravidade variáveis que ocorrem após a cessação ou redução do uso de uma substância psicoativas que vinha sendo usada repetidamente e geralmente após um longo período e/ou em altas doses. A síndrome pode ser acompanhada por sinais de alterações fisiológicas.

A síndrome de abstinência é um dos indicadores da **síndrome de dependência**. Também é uma característica distintiva do significado mais estrito do termo **dependência**. O início e o curso da síndrome de abstinência são limitados no tempo e são relacionados ao **tipo de substância e as doses** que vinham sendo usadas imediatamente antes da interrupção ou da redução do uso. Tipicamente, as características da síndrome são opostas às da **intoxicação** aguda.

DEPENDÊNCIA FISIOLÓGICA OU FÍSICA

Quando há evidências de tolerância a droga usada e surgimento de síndrome de abstinência com a interrupção do consumo. A dependência física não é uma característica essencial da Síndrome de Dependência, pois muitas substâncias, como por exemplo, o crack e anfetamínicos, que produzem a dependência e são bastante tóxicas, não produzem sintomas físicos importantes quando o indivíduo deixa de usá-las.

INTOXICAÇÃO AGUDA

Uma condição transitória seguindo-se a administração de álcool ou outra substância psicoativa, resultando em perturbações no nível de consciência, pensamento, percepção, afeto ou comportamento ou outras funções ou respostas psicofisiológicas.

INTOXICAÇÃO PATOLÓGICA

Usada somente para álcool. Início abrupto de agressão e freqüentemente comportamento violento que não é típico do indivíduo quando sóbrio, logo após ter ingerido quantidades de álcool que não produziriam intoxicação na maioria das pessoas.

DESINTOXICAÇÃO

Fenômeno biológico que ocorre todas as vezes que o indivíduo cessa o consumo de drogas e o organismo elimina os agentes químicos, através do metabolismo, eliminando, também, os efeitos da substância. Como procedimento clínico, é o processo de privação da droga, através de monitoramento médico – com ou sem a utilização de medicamentos.

EPIDEMIOLOGIA

Estudo sobre a forma pela qual determinada população ou comunidade se relaciona com algo (como por exemplo, o consumo de drogas) ou sofre as conseqüências de alguma coisa (como por exemplo, mortes ou internações hospitalares decorrentes do consumo de drogas). No Brasil estudos epidemiológicos mostram que o consumo de álcool é um grave problema de saúde

pública, liderando o ranking de substâncias mais usadas e que mais motivam internações hospitalares.

ESTADO DE ABSTINÊNCIA

Conjunto de sinais e sintomas de gravidade variável que ocorrem após a interrupção ou diminuição do consumo de uma droga (em especial álcool, calmante-sedativos e opióides), que vinha sendo consumida de forma repetida, por um longo período e/ou em altas dosagens.

OVERDOSE

Uso de quantidade ou dosagem de droga suficiente para causar efeitos físicos agudos, que podem ser transitórios, duradouros ou fatais. A dosagem letal de uma droga varia de acordo com cada indivíduo e com as circunstâncias do uso.

TOLERÂNCIA

Necessidade do uso de dosagens cada vez mais elevadas da droga para se alcançar os mesmos efeitos obtidos anteriormente com dosagens menores, devido à capacidade de o organismo eliminar mais rapidamente a substância ou pela diminuição da sensibilidade do Sistema Nervoso Central para a substância.

USO ABUSIVO E/OU NOCIVO E/OU ARRISCADO E/OU INDEVIDO

Padrão de consumo prejudicial ou de risco de substância(s) psicoativas(s) que pode trazer prejuízos para a saúde física, psicológica e para a vida social de um indivíduo. Quando uma pessoa consome grandes quantidades de drogas, mesmo que de vez em quando, e esse consumo começa a trazer conseqüências para a saúde (ressaca, dor de estômago, abscessos, vômitos, depressão, ansiedade/nervosismo, paranóia/idéia de perseguição) ou para a vida em geral (brigas, faltas ao trabalho, acidentes de trânsito, vulnerabilidade às DST/HIV/Aids), essa pessoas está fazendo uso abusivo de drogas.

USO MODERADO OU RECREATIVO

Padrão de consumo de substância psicoativas que não acarreta prejuízos físicos ou psicológicos nem dependência.

USO SOCIAL

Padrão de consumo de substância relacionado a um contexto social específico (reuniões familiares, festas, companhia de outras pessoas). Não tem a mesma conotação de "uso moderado" na medida em que muitas vezes o "uso social" leva a intoxicação e a problemas decorrentes ao "uso de risco" ou da "dependência".

CONCEITOS REFERENTES AO ACOLHIMENTO DO USUÁRIO E/OU DEPENDENTE DE DROGAS E SEUS FAMILIARES

ACONSELHAMENTO

Técnica utilizada na prevenção e no tratamento, que se constitui em diálogo estabelecido entre técnico e paciente, a partir de uma relação de confiança entre os interlocutores, com o objetivo de avaliar o nível de comprometimento físico, psicológico e social causado pelo uso de droga, identificar hábitos e comportamentos relacionados e promover o reconhecimento de possibilidades individuais e sociais de adoção de medidas preventivas para o uso nocivo e/ou dependência de droga.

CO-DEPENDÊNCIA

Algumas vezes, a convivência em família com um ou mais dependentes de drogas, acarreta o desenvolvimento de características comportamentais e afetivas marcadas pela preocupação e dependência extremas entre os membros do grupo. Decorrem deste fenômeno algumas conseqüências danosas para a dinâmica familiar, como por exemplo, a dificuldade em reconhecer e falar abertamente sobre o problema "dependência", a baixa auto-estima dos indivíduos "co-dependentes", a fantasia de poder mudar o comportamento do outro e querer controlá-lo. Foi a partir da constatação de que mesmo apesar da abstinência do familiar dependente, alguns membros da família continuavam a se comportar de forma disfuncional, que surgiu na década de 40, formado por esposas de membros de Alcoólicos Anônimos, o grupo de mútua-ajuda "Al-Anon". Hoje, também possível contar com o grupo "Al-Ateen", formado por filhos de dependentes de drogas.

CONTRATO TERAPÊUTICO

Forma pela qual o profissional/equipe de saúde e paciente fixam os objetivos do tratamento e as metas para alcançá-lo, bem como as modalidades terapêuticas a serem utilizadas. Quanto mais claras e concretas as metas e objetivos a serem alcançados, e quanto maior comprometimento do paciente e da equipe de profissionais com este contrato, maior a possibilidade do tratamento ser eficaz.

CONSELHEIRO OU CONSULTOR EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Técnico especializado, na maior parte dos casos, um dependente de drogas em fase de abstinência e recuperação, treinado e capacitado para auxiliar no tratamento através do aconselhamento de pacientes.

MODELOS DE TRATAMENTO

Existem diversas formas de abordar o fenômeno do uso indevido e/ou dependência de drogas, dentre os quais destacamos:

TERAPIAS FARMACOLÓGICAS (COM MEDICAMENTOS)

A utilização de medicamentos, em muitos casos, constitui-se em importante instrumento de ajuda.

Algumas situações são indicadas para a utilização de medicamentos:

- ◆ Reverter os efeitos da intoxicação aguda;
- ◆ Diminuir o sofrimento dos efeitos **físicos e psíquicos do estado de abstinência**;
- ◆ Controlar a compulsão pelo uso de drogas nos casos mais graves de síndrome de **dependência**;
- ◆ Tratar dos transtornos psiquiátricos induzidos pela intoxicação aguda, ou por uma condição psiquiátrica subjacente;

TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS (ÊNFASE NA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO)

Estas terapias centram suas intervenções na análise e modificação das idéias, das crenças e dos comportamentos que levam um indivíduo a abusar das drogas. A idéia básica desta terapia é que as idéias e crenças que um indivíduo tem sobre sua própria vida, determinam suas relações afetivas e seus comportamentos.

TERAPIAS PSICODINÂMICAS (ÊNFASE NA EXPRESSÃO DA PROBLEMÁTICA INCONSCIENTE)

Procuram compreender as questões inconscientes que estão relacionadas ao uso indevido de drogas, conduzindo o processo terapêutico através da expressão intuitiva e criativa dos conflitos internos (psíquicos) e externos (familiares e sociais).

TERAPIAS SISTÊMICAS (ÊNFASE NA ABORDAGEM DA DINÂMICA SOCIAL)

Estas terapias procuram conhecer e intervir na dinâmica familiar, e mais amplamente, comunitária, do indivíduo. A abordagem a ser realizada com a família e/ou comunidade, varia de acordo com o comprometimento (clínico, psíquico e social) de cada caso.

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Não pode ser definida como um "modelo terapêutico" específico, mas sim como um conjunto de intervenções destinadas à mobilização de recursos clínicos mais próximos ao paciente (serviços e equipes de saúde), e de suporte social (família, escola, trabalho) que possam promover o melhor grau de integração social e diminuir as limitações decorrentes de caso graves de uso abusivo e/ou dependência de drogas.

GRUPOS DE MÚTUA AJUDA (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS - AA E NARCÓTICOS ANÔNIMOS - NA)

Dentre os recursos que a comunidade pode oferecer, destacam-se os trabalhos realizados pelos Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), que, como no caso anterior, não se constituem enquanto um "modelo terapêutico" específico, mas que, no entanto, desenvolveram uma "filosofia" ou "programa de recuperação", baseado nos chamados " 12 passos" e " 12 tradições", que tem sua ênfase no apoio ou ajuda mútua, entre os integrantes do grupo. Estes "passos" propõem, de forma objetiva, regras fundamentais a serem seguidas para se atingir a abstinência e a mudança de hábitos, de comportamentos e estilo de vida.

PREVENÇÃO

MODELOS DE PREVENÇÃO NA EDUCAÇÃO

MORAL

Intervenções marcadas por noções de pecado, culpa, do "certo" e "errado", da promoção de um ideal de "PUREZA" humana que pode ser alcançada através da abstinência, ou ser maculado pelo "MAL" das drogas ou do consumo de drogas.

PEDAGOGIA DO AMEDRONTAMENTO

Foco nos aspectos negativos e danosos decorrentes do uso de drogas. As intervenções procuram apresentar "exemplos" de situações em que o consumo de drogas levou ao crime, doença e morte, tentando, através do medo, do susto, fazer com que as pessoas deixem de consumir drogas.

INFORMAÇÃO CIENTÍFICA

Fornecer o máximo de informações objetivas de cunho científico, focalizando a questão da dependência enquanto doença. As intervenções são centradas em pesquisa bibliográfica e na fala de especialistas, principalmente médicos.

EDUCAÇÃO ÉTICA E AFETIVA

Compreensão da saúde enquanto compromisso individual e comunitário com o cuidado consigo e com o outro. As intervenções estão focadas na promoção da saúde, na troca de experiências e conhecimento entre os diversos atores sociais, buscando desenvolver laços éticos e afetivos entre a comunidade e os agentes de saúde e prevenção.

MODELOS DE PREVENÇÃO NA SAÚDE

SANITARISTA

Compreensão de que o uso de drogas, como uma epidemia, pode ser enfrentado por determinadas intervenções, como por exemplo a "administração" de grandes quantidades de informação a vastas camadas da população – em especial crianças e adolescentes, que, assim como as vacinas, eliminariam o problema.

SAÚDE PÚBLICA

O uso de drogas é compreendido como uma "doença" que como outras pode ser "curada" com medicamentos e hábitos saudáveis de vida.

PSICOSSOCIAL

Busca compreender a função e os intervenientes psicológicos e sociais associados ao consumo de drogas por determinados indivíduos para a partir daí atuar em cada caso através de intervenções terapêuticas de caráter psicossocial.

SOCIOCULTURAL

Procura identificar os Padrões sócio-culturais e suas relações com o uso de drogas em determinado momento histórico por determinado grupo de indivíduos e/ou comunidades, para modificá-los e assim promover padrões comportamentais mais saudáveis.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

Inibir e/ou impedir o consumo.

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

Promover a mudança do padrão de consumo, buscando evitar o uso abusivo, reduzir e/ou substituir e/ou evitar práticas de uso que deixem os indivíduos mais vulneráveis, reduzindo os danos físicos, psíquicos e sociais.

PREVENÇÃO TERCIÁRIA

Tratamento dos danos físicos, psicológicos e sociais decorrentes do consumo de drogas (em especial a dependência).

SERVIÇOS DE SAÚDE

Existem diversos serviços destinados a oferecer cuidados à saúde da população que podem e devem estar estruturados para acolher os usuários e/ou dependentes de drogas; dentre esses, destacaríamos:

À saúde da população que podem e devem estar estruturados para acolher os usuários e/ou dependentes de drogas; dentre esses, destacaríamos:

POSTOS OU CENTRO DE SAÚDE, PROGRAMAS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SAÚDE DA FAMÍLIA

São unidades básicas, que atuam de forma integrada às comunidades, na medida em que se encontram mais próximas do local de moradia das pessoas. Realizam atividades como o atendimento individual, em grupo, a visita domiciliar e/ou o encaminhamento para ambulatórios especializados.

SAE (SERVIÇO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO)

É um serviço que presta assistência ambulatorial aos pacientes portadores do HIV/AIDS. O objetivo destes serviços é prestar um atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe multidisciplinar.

Os SAE estão inseridos em ambulatórios, hospitais ou estão integrados a estruturas que se caracterizam por prestar atendimento exclusivo a pacientes portadores do HIV/AIDS (como Hospital-Dia e/ou Assistência Domiciliar Terapêutica).

As características gerais desses serviços são: presença de equipes multidisciplinares que prestam assistência clínica e Psicossocial aos pacientes; atendimentos ginecológico, pediátrico e odontológico (local ou formalmente referenciado); controle e dispensação de anti-retrovirais, dispensação de preservativos, atividades educativas para adesão à terapia anti-retroviral, as atividades educativas para prevenção e controle das DST e AIDS e a operacionalização na realização de exames laboratoriais necessários ao monitoramento do tratamento anti-retroviral. Além disso, o SAE deve contribuir para com o estabelecimento de uma rede de referência e contra-referência de serviços no Sistema Único de Saúde para o atendimento dos pacientes.

CAPS AD (CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPS E HOSPITAIS-DIA)

Serviços especializados em saúde mental que atendem pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas em diferentes níveis de cuidado: intensivo (diariamente), semi-intensivo (de duas a três vezes por semana) e não-intensivo (até três vezes por mês). É um serviço ambulatorial territorializado que integra uma rede de atenção em substituição à "internação psiquiátrica", e que tem como princípio a reinserção social. Realiza ações de assistência (medicação, terapias, oficinas terapêuticas, atenção familiar), de prevenção e capacitação de profissionais para lidar com os dependentes. O serviço do CAPS é a porta de entrada do paciente usam álcool e drogas no Sistema Único de Saúde

HOSPITAIS GERAIS

Serviços mais indicados para o tratamento dos casos graves de intoxicações e "síndrome de abstinência". Nestes casos, o procedimento de desintoxicação, é realizado internações breves (de 1 a 7 dias) acompanhado do tratamento das complicações clínicas com assistência de diversas especialidades médicas, como o clínica geral, psiquiatria, gastroenterologia, neurologia e de equipe multidisciplinar (medico,enfermeiro,psicólogo, assistente social).

UNIDADES ESPECIALIZADAS (SAÚDE MENTAL)

Responsáveis pelo atendimento de usuários abusivos e/ou dependentes de drogas de forma especializada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em alguns estados do país, as unidades especializadas encontram-se funcionando em hospitais psiquiátricos e, em menor número, em hospitais gerais e universitários. As unidades especializadas possuem equipes técnicas com vários profissionais (médico clínico, psiquiatra, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social e profissional ligado à atividade ocupacional), tem espaços de convivência e desenvolvem atividades voltadas às necessidades específicas do paciente que abusa da droga.

CLÍNICAS ESPECIALIZADAS

São clínicas de saúde particulares ou filantrópicas, ou ainda, conveniada ao Sistema Único de Saúde (estas últimas existem em menor quantidade). Oferecem internações de curta e média duração e, em alguns casos, atendimento em ambulatório. Nesses serviços, em geral, não são realizadas desintoxicações, e o tratamento conta com o acompanhamento médico-clínico, mas o processo terapêutico se volta para a recuperação psicossocial do paciente. A equipe técnica nesses serviços é composta por diferentes profissionais.

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Serviços filantrópicos, nos quais o processo terapêutico é conduzido, muitas vezes, por pessoas leigas e/ou religiosas, nos quais não são realizados procedimentos médicos (por exemplo, desintoxicação ou terapia medicamentosa) e há a particularidade da convivência entre pacientes, técnicos ("consultores" ou "conselheiros") e profissionais especializados, da laborterapia e da orientação espiritual. A maior parte das Comunidades Terapêuticas trabalha com regimes de internação de longa duração (a maioria delas em torno de 9 meses).

TEMAS TRANSVERSAIS

Se na elaboração de materiais informativos e instrucionais sobre o tema específico o objetivo é transmitir a mensagem de prevenção do uso indevido de drogas e de orientação à população em geral ou grupos específicos sobre a maneira mais adequada de tratar o problema, o enfoque dado ao texto, no entanto, não deve recair exclusivamente sobre a questão "drogas".

O uso indevido de drogas se insere numa constelação de comportamentos e situações da vida do ser humano, que não devem ser desprezadas na formulação de materiais de IEC (Informação, Educação e Comunicação).

A seguir, apresentamos alguns temas transversais a questão "drogas", que merecem uma abordagem específica, no conjunto de temas e conceitos a serem trabalhados.

ADOLESCÊNCIA

Dentre as características normais desta fase do desenvolvimento, algumas, como por exemplo, a necessidade de auto-afirmação e de reconhecimento de seus pares, desejo de experimentar novidades e aventuras, de testar os limites sociais e as possibilidades pessoais, vivência centrada no "aqui e agora", sem preocupações com conseqüências futuras, tornam o uso indevido de drogas um acontecimento, muitas vezes, usual deste período da vida. Neste sentido, a mensagem a ser transmitida deve estar focalizada na valorização do jovem, de suas crenças, valores e vivências, de maneira a fazer com que as características psicossociais normais desta fase estejam a serviço da promoção de estilos de vida saudáveis e responsáveis, em oposição às abordagens que procuram desqualificar e estigmatizar o adolescente a adolescência e suas vicissitudes.

FAMÍLIA

O uso indevido de drogas atinge de forma contundente o sistema familiar, e este possui o papel preponderante tanto no que diz respeito às motivações para o consumo, quanto para o tratamento do problema. Muitas vezes, deve ser oferecida às famílias a maior quantidade possível de informações sobre a questão do uso indevido e/ou dependência de drogas, para que estas possam auxiliar seu(s) membro(s) a superar o problema; outras vezes, é a própria família que necessita de cuidados terapêuticos, na medida em que o uso indevido e/ou dependência de drogas pode comprometer a saúde física e psicológica, não somente do usuário de drogas, mas também de todos os outros membros do grupo.

TRABALHO

O uso nocivo e/ou dependência de drogas, em especial do álcool, é responsável por uma série de prejuízos no desempenho profissional de um indivíduo. Pesquisa realizada pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo/FIESP (WAISMANN, 1995), sobre os problemas relacionados ao uso indevido de álcool e drogas no ambiente de trabalho, aponta que 10 a 15% dos empregados têm problemas de dependência, e que este:

- ◆ É responsável por 3 vezes mais licenças médicas que outras doenças;
- ◆ Aumenta 5 vezes as chances de acidente de trabalho;

- ◆ Está relacionado com 15 a 30% de todos os acidentes de trabalho;
- ◆ É responsável por 50% de absenteísmo e licenças médicas;
- ◆ Leva a utilização de 8 vezes mais diárias hospitalares; e
- ◆ Leva a família a utilizar 3 vezes mais assistência médica e social.

COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO

Devido às alterações cognitivas e comportamentais provocadas pelo uso de drogas, principalmente, o rebaixamento e/ou perda da crítica e o descontrole dos impulsos, aumenta a probabilidade do indivíduo se envolver em comportamentos sexuais de risco tais como a não utilização de preservativo e o relacionamento com múltiplos e desconhecidos parceiros.

AIDS

O uso de equipamentos não esterilizados e/ou compartilhados para o consumo de drogas, tem acarretado o crescimento do número de indivíduos infectados pelo HIV em decorrência do uso de drogas injetáveis. Em Santa Catarina, nos primeiros 25 anos de epidemia, 25% dos casos de AIDS notificados estão relacionados a esta forma de contaminação. A contaminação de parceiras sexuais de usuários de drogas injetáveis também tem acarretado o aumento dos casos de AIDS entre mulheres e da AIDS pediátrica. Além disso, como mencionado anteriormente, o uso indevido de drogas também promove comportamentos sexuais de risco para a infecção por DST/ HIV/ AIDS e Hepatites.

GRAVIDEZ

O uso de drogas durante a gravidez pode acarretar graves conseqüências para o feto. Excluindo-se doenças que necessitam do uso controlado de medicamentos e acompanhamento médico rigoroso, como por exemplo, a hipertensão, o diabetes e a epilepsia, durante a gestação a mulher deve se abster do uso de drogas. As conseqüências decorrentes do uso de drogas, como por exemplo, o cigarro, o álcool, cocaína, solventes e maconha, durante a gravidez vão do risco de deslocamento da placenta, parto prematuro, aborto, más formações físicas e neurológicas, retardo no desenvolvimento. Dentre os quadros de maior gravidade, destaca-se a "Síndrome Fetal Alcoólica", provocada pelo uso indevido e/ou dependência do álcool e que acarreta grave má formação ao feto. Em alguns casos, quando a mulher consome calmantes por longo tempo (até o final da gestação) ou opióides, a criança pode apresentar depois que nasce, síndrome de abstinência.

SITUAÇÃO DE RISCO SOCIAL

Populações que vivem em situação de pobreza, com acesso deficiente à rede de saúde e educação, desempregadas ou subempregadas, em comunidades nas quais faltam as mínimas condições de infra-estrutura, como por exemplo, saneamento básico e água tratada, estão em situação de vulnerabilidade para várias situações de risco à saúde física e mental, inclusive para o uso indevido de drogas. O tratamento da questão, aqui, deve estar devidamente contextualizado à situação social e focado nos "fatores de risco" e de "proteção" à saúde, na medida em que, nestes casos, estratégias amplas de "promoção de saúde" são as mais adequadas para prevenir o uso indevido de drogas.

VIOLÊNCIA

É estreita a relação entre o uso de drogas e a violência. Estudos nacionais e internacionais têm sido unânimes em apontar este fato, fazendo, no entanto, a devida ressalva de que o uso de drogas em si não é a causa de todas as mazelas sociais, em especial da violência, mas seguramente potencializa situações que acabam por ocasionar comportamentos auto e/ou hetero agressivos e anti-sociais.

BIBLIOGRAFIA

ADEH – NOSTRO MUNDO: Projeto de Redução de Danos Associados ao Uso de Silicône. Florianópolis, 2002.

CASOL JR. Relatório do Projeto de Prevenção da Aids em Presídios de Santa Catarina. Florianópolis, 1997.

CEBRID: Folhetos sobre drogas: Esteróides Anabolizantes. Brasília: CEBRID/Ministério da Saúde/UNDCP, 1998.

Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes de Itajaí/SC: Relatório de Planejamento Estratégico, 2002.

KOLLER, E. Relatório do Projeto de Pesquisa sobre Aids e Uso de Drogas no Presídio de Itajaí. 1996.

MARQUES, I. F.; DONEDA, D.; SERAFIN, D. O uso indevido de drogas e a Aids. In: Ministério da Saúde/Área da Saúde do Adolescente. Cadernos da Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST/Aids: Manual de Redução de Danos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MUNIZ, M.; AFONSO, R.; de COSTA, V. R. Anabolizantes: bombas-relógio nos músculos. Disponível em <http://www.dietanet.hpg.ig.com.br/nanabolizantes.htm>

SILVEIRA DX, MOREIRA FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

NIEL M., SILVEIRA D.X. (organizadores) Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de Saúde. Unifesp/Proad. São Paulo 2008

Sites referente à drogas/Redução de Danos

www.aborda.org.br

www.cebrid.epm.br

www.narconews.com

www.senad.gov.br

www.unodc.org

www.proad.unifesp.br

www.aids.gov.br

www.netpsi.com.br

www.canadianharmreduction.com/

www.redehumanizasus.net

www.nida.nih.gov

www.fameb.ufba.br

www.reduc.org.br

www.denispetuco.com.br

www.neip.info

www.nida.nih.gov

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde

Dive – Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Programa Estadual de Redução de Danos

Gerência de Vigilância das DST/HIV/Aids



ANEXOS

1. - ROTEIRO: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE RECURSOS DE SERVIÇOS HIV/AIDS E DROGAS
2. - DIÁRIO DE CAMPO
3. - CADASTRO UDI E UD
4. – ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE
5. - RETORNO DE ENCAMINHAMENTO
- 6 - DOCUMENTOS PARA USO NAS ATIVIDADES DE REDUÇÃO DE DANOS QUE DEVERÃO SER ADAPTADAS AO LOCAL DE USO.

AGRADECEMOS A **ACORDA** (ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE REDUTORES DE DANOS) A CESSÃO DE MODELOS DE FORMULÁRIOS SUGERIDOS PARA COLETA DE DADOS DE CAMPO.

ROTEIRO: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE RECURSOS DE SERVIÇOS HIV/AIDS E DROGAS

1. Nome do município ou bairro _____

2. Número de habitantes ou famílias assistidas: _____

3. No seu município existe algum destes serviços para acompanhamento de HIV/AIDS e de usuários de drogas?

- | | | |
|---|---------|---------|
|  Serviço de Assistência Especializada (SAE) | () Sim | () Não |
|  Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis | () Sim | () Não |
|  Hospital Dia | () Sim | () Não |
|  Serviço de Assistência Domiciliar (ADT) | () Sim | () Não |
|  Centro ou Serviços para Tratamento de Drogadição | () Sim | () Não |
|  Ambulatórios para Usuários de Drogas | () Sim | () Não |
|  Equipes de Saúde da Família | () Sim | () Não |
|  Outros | () Sim | () Não |

Quais? _____

ATENÇÃO: Caso não exista em sua cidade serviços específicos para atendimento de Drogadição, DST, HIV e AIDS, responda:

4. Quais são os locais de referência para encaminhamento de pacientes para atendimento de drogadição? (favor citar o nome das instituições, local e qual atendimento: Ambulatório, Hospital-Dia/CAPS, Fazenda, Hospital Geral ou Hospital Psiquiátrico).

5. Quais são os locais de referência para encaminhamento de pacientes Usuário de Drogas portador DST/HIV/AIDS? (favor citar o nome das instituições, local e qual atendimento: Ambulatório, Hospital-Dia/CAPS, Fazenda Hospital Geral ou Hospital Psiquiátrico).

6. Qual é a frequência média, mensal, de doenças sexualmente transmissíveis detectadas no município? n.º _____ casos () Ignorado

7. Quantos pacientes com AIDS já foram notificados desde o início da epidemia até o momento? n.º _____ casos () Ignorado

8. Quantos pacientes com AIDS estão em acompanhamento médio no momento?
n.º _____ casos () Ignorado

9. Dentre os casos notificados de AIDS, quantos são sabidamente usuários de drogas injetáveis? n.º _____ casos () Ignorado

10. Dentre os casos notificados de AIDS, quantos são sabidamente usuários de drogas? n.º _____ casos () Ignorado

11. Quais as drogas mais consumidas no seu município:

12. Qual é o número estimado de usuários de drogas injetáveis que procuram atendimento/tratamento, no município:

- a) Postos de Saúde: _____ pessoas;
b) Serviços específicos para Dependência Drogas: _____ pessoas;
c) Outro, qual? _____.

13. Qual é o número estimado de usuários de drogas que procuram atendimento/tratamento, no município:

- d) Postos de Saúde: _____ pessoas;
e) Serviços específicos para Dependência Drogas: _____ pessoas;
Outro, qual? _____.

14. Que recursos humanos estão disponíveis para trabalhos com Drogas/DST/HIV/AIDS?

-  Área da Educação: () Sim () Não N.º de Pessoas _____
-  Área da Saúde: () Sim () Não N.º de Pessoas _____
-  Judiciário: () Sim () Não N.º de Pessoas _____
-  Ministério Público: () Sim () Não N.º de Pessoas _____
-  Secretaria da Justiça: () Sim () Não N.º de Pessoas _____
-  Instituições Privadas: () Sim () Não N.º de Pessoas _____
-  Associações da Comunidade: () Sim () Não N.º de Pessoas _____
-  ONGS: () Sim () Não N.º de Pessoas _____
-  Conselho Municipal da Saúde () Sim () Não N.º de Pessoas _____
-  Conselho Tutelar: () Sim () Não N.º de Pessoas _____
-  Outros: () Sim () Não N.º de Pessoas _____

Quais? : _____

5. Que projetos são desenvolvidos para prevenção e/ou assistência em DROGAS E AIDS na região?

16. Quais as necessidades em termos de capacitação para o seu município?
