



## O QUE É REDUÇÃO DE DANOS

**Aplica-se aos indivíduos que, não podendo ou não querendo se abster, adotam práticas de risco ligados 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 vírus HIV.**

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 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 viverem 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 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

**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.**

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.

## 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 a inexistência de programas preventivos, tornam a população confinada extremamente vulnerável a epidemia de HIV/Aids e Hepatite.

**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.**

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 do quadro perverso da justiça no país, que condena ao confinamento em condições desumanas milhares de indivíduos cujo único crime é o de ser pobre e usuário de droga.

## 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. Já 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 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: diminuição do tamanho dos testículos, redução da contagem de espermatozóides, impotência, infertilidade, calvície, desenvolvimento de mamas, dificuldade ou dor ao urinar e aumento da prótata.

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

Na mulher: crescimento de pelos faciais, alterações ou ausência do ciclo menstrual, aumento do clitóris, voz grossa, diminuição dos seios.

No adolescente: maturação esquelética prematura, puberdade acelerada levando a um crescimento raquítico.

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

**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.**

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 fez uso indevido de hormônios femininos com essa mesma finalidade. Há também relatos de óbitos decorrentes da impossibilidade de drenagem total do silicone aplicado e surgimento de câncer. Com relação aos hormônios, há ainda, relatos de aparecimento freqüente de furúnculos e diminuição da capacidade sexual.

**Pode-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 reinfeção pelo HIV, HBC e HCV.**

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 pela CN-DST/Aids 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, 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 de redução de danos 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 DO PRD?**

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 PRD?**

- ✓ 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 PRD?**

- ✓ 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.
- ✓ Referência e contra-referência com sistema de saúde local.
- ✓ Reinserção social de usuários de drogas.

## **5. QUANTAS PESSOAS FAZEM PARTE DO PRD?**

1 Coordenador; 1 Assistente de Coordenação (supervisor de campo) e Agentes de Prevenção (Redutores de Danos) em número adequado a demanda de trabalho.

## **6. COMO ACONTECE A SELEÇÃO E FORMAÇÃO DOS REDUTORES?**

Os redutores 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 PELO PRD?**

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.

## **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) tem 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.
- ✓ 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.

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

São utilizados materiais pra 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 a 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 O PRD?**

O contato e a comunicação devem ser permanentes. A parceria entre o PRD 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 o 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 antiretrovirais 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 PSF/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 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 a percepção do Agente sobre as situações experienciadas 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.

**RELATÓRIOS DE PROGRESSO** – nos quais é feito periodicamente o relato do desenvolvimento técnico e financeiro do projeto.

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 UM PRD DESENVOLVIDO POR ONG E OUTRO DESENVOLVIDO POR OG?**

A diretriz técnica e financeira dos PRD é nacional. As diferenças ficam por conta de particularidades culturais, geográfica 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 PSF/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 PRD 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, e depois do Ministério da Saúde adotar a RD como política de saúde pública, e a Presidência da República ter incluído a RD na Política Nacional Antidrogas, 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 alvo 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.

## **DECRETO Nº 4.345, DE 26 DE AGOSTO DE 2002**

### **Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências.**

#### 2. Pressupostos Básicos da PNAD

2.13. Orientar a implantação das atividades, ações e programas de redução de demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração os Determinantes de Saúde, entendidos como: renda familiar e nível social; nível educacional; condições ocupacionais ou de emprego; meio ambiente físico(...).

#### 3. Objetivos da PNAD

3.6. Reduzir as conseqüências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para o indivíduo, para a comunidade e para a sociedade em geral.

#### 6. Redução de Danos Sociais e à Saúde

##### 6.1. Orientação Geral

6.1.1. Estabelecer estratégias de Saúde Pública voltadas para minimizar as adversas conseqüências do uso indevido de drogas, visando a reduzir as situações de risco mais constantes desse uso, que representam potencial prejuízo para o indivíduo, para determinado grupo social ou para a comunidade.

##### 6.2. Diretrizes

6.2.1. Reconhecer a estratégia de redução de danos sociais e à saúde, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como intervenção preventiva que deve ser incluída entre as medidas a serem desenvolvidas, sem representar prejuízo a outras modalidades e estratégias de redução da demanda.

6.2.2. Apoiar atividades, iniciativas e estratégias dirigidas à redução de danos.

6.2.3. Visar sempre à redução dos problemas de saúde associados ao uso indevido de drogas, com ênfase para as doenças infecciosas.

6.2.4. Definir a qualidade de vida e o bem-estar individual e comunitário como critérios de sucesso e eficácia para escolha das intervenções e ações de redução de danos.

6.2.5. Apoiar e promover a educação, treinamento e capacitação de profissionais que atuem em atividades relacionadas à redução de danos.

## **Lei no 11.063, de 28 de dezembro de 1998. Decreitada 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 do fisiologismo 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 bazuka.

**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. 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**

**ABUSO DE SUBSTÂNCIAS QUE NÃO PROVOCAM DEPENDÊNCIA** – O uso persistente e injustificado dessas substâncias é usualmente associado a quadros de “mal-estar difuso”, não diagnosticados 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 ou 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 mesmo, com sua própria saúde.

**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.

**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, calmantes/sedativos e opióides), que vinha sendo consumida de forma repetida, por um longo período e/ou em altas dosagens.

## 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 Terror** – 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.

**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 a 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 psicoativa propriamente dita, tipo de substância(s), e o padrão de consumo).

**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.

**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).

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

**UDI** – uso ou usuário de droga injetável. As injeções podem ser intramuscular, subcutânea ou intravenosa.

**Uso ABUSIVO E/OU NOCIVO E/OU ARRISCADO E/OU INDEVIDO** – padrão de consumo prejudicial ou de risco de substância(s) psicoativa(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 pessoa está fazendo uso abusivo de drogas.

**Uso MODERADO OU RECREATIVO** – padrão de consumo de substância psicoativa 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”.

**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.

## **BIBLIOGRAFIA**

ADEH – NOSTRO MUNDO: Projeto de Redução de Danos Associados ao Uso de Silicone. 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>

**FONTE: PROGRAMA ESTADUAL DE REDUÇÃO DE DANOS  
DIVE – DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE**