

# REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA DE TRABALHO JUNTO AOS USUÁRIOS DE DROGAS NAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

*HARM REDUCTION AS A STRATEGY TO WORK WITH DRUG USERS IN  
LOCAL HEALTH UNITS IN THE CITY OF FLORIANÓPOLIS, SOUTHERN  
BRAZIL*

**Adriana Maria Scheffer**

Odontóloga, Centro de Saúde Ratoles, Prefeitura Municipal de Florianópolis,  
Especialista em Saúde da Família e em Saúde Pública - UFSC.  
[amscheffer@yahoo.com](mailto:amscheffer@yahoo.com)

**Nilcéia Antunes**

Psicóloga, Vigilância Epidemiológica, Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Especialista em Saúde da Família e em Saúde Pública (UFSC).  
[nilceiaantunespsi@gmail.com](mailto:nilceiaantunespsi@gmail.com)

**Fátima Büchele**

Professora Adjunta, Departamento de Saúde Pública - UFSC  
Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional em  
Saúde Mental - UFSC  
[buchele@mbox1.ufsc.br](mailto:buchele@mbox1.ufsc.br)

**RESUMO:** Este estudo teve como objetivo refletir sobre a viabilidade da estratégia de RD (RD) em Unidades Locais de Saúde do município de Florianópolis que possuem implantada a Estratégia de Saúde da Família, bem como verificar concepções e atitudes desenvolvidas pelos profissionais da saúde em relação à política e às ações de RD. Dados foram coletados por meio de entrevista com perguntas abertas e fechadas, aplicada pelas pesquisadoras a 25 profissionais de saúde da rede básica da Prefeitura Municipal de Saúde de Florianópolis, que optaram por responder por escrito. Foi escolhida uma equipe em cada uma das cinco Unidades Locais de Saúde (ULS) selecionadas. O estudo evidenciou que a RD teve seu campo de atuação ampliado devido à crescente preocupação com as drogas lícitas e o aumento do consumo de drogas ilícitas tais como o crack. As ULS que possuem a estratégia da RD implantada trabalham com vistas à sustentabilidade do projeto dos Agentes Redutores de Danos, que se tornam os principais responsáveis pela aproximação entre o usuário de substâncias e os serviços de saúde. A RD apresenta-se, ainda, como uma oportunidade para a sociedade rever seus princípios e atitudes frente a diferentes estilos de vida e de pensamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Drogas. RD. Saúde mental coletiva.

**ABSTRACT:** This study aimed to reflect on the viability of the Harm Reduction Strategy (HR) in Local Health Units of the city of Florianópolis, which have implemented the Family Health Strategy, and to verify the concepts and attitudes developed by health professionals about policy and actions of HR. Interviews with open and closed questions were administered by the researchers to 25 health professionals in the local health centers of the City of Florianópolis and the respondents chose to reply in writing. Subjects were chosen from health teams of each of the five Local Health Units selected. The study showed that the HR strategy has expanded its field of

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 3, n. 7, p. 73-92, jul./dez., 2011.

operation because of the growing concern about the use of legal drugs and of the increased consumption of illicit drugs such as crack. Local Health Units that have implemented the HR strategy work towards sustainability of the work of HR Agents, who are responsible for the link between the substance users and health services. Also, the HR strategy presents an opportunity for society to review its principles and attitudes towards different lifestyles and thought styles.

**KEYWORDS:** Drugs. Harm reduction. Collective mental health conference.

## **1 Introdução**

Desde o princípio da História, em diferentes épocas e culturas, os homens têm feito uso de substâncias psicoativas, com diversas finalidades. Atualmente, o uso indevido de drogas constitui um sério problema para a sociedade: traz prejuízos para os países e afeta adultos, adolescentes e crianças de diferentes grupos étnicos, independentemente de classe social e econômica.

A problemática das drogas está inserida de forma cada vez mais intensa em nosso cotidiano e a realidade do município de Florianópolis não é diferente do restante do país no que se refere às drogas e aos seus efeitos adversos. Em um estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID, 2010) em 27 Capitais Brasileiras com 50.890 estudantes, 31.280 da rede pública de ensino e 19.610 da rede particular, 25,5% relataram uso na vida de outras drogas além de álcool e tabaco. As drogas mais citadas pelos estudantes, referindo-se ao uso no ano, foram bebidas alcoólicas (42,4%) e tabaco (9,6%), seguidas por inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%). Em relação ao uso na vida, destaca-se a mistura de bebidas energéticas com álcool (15,4%). A proporção de estudantes de escolas públicas (9,9%) que utilizaram qualquer tipo de droga (exceto álcool e tabaco) nos 365 dias anteriores à aplicação do questionário, foi menor do que na rede particular (13,6%). Entre os estudantes da faixa etária de 10 a 12 anos, o uso na vida de álcool foi relatado por 9,2 % dos que frequentavam escolas públicas e por 13,9% dos estudantes de escolas particulares. Na faixa de 13 a 15 anos estas proporções foram respectivamente de 20,3 e 30,2%, e na faixa de 16 a 18 anos de 40,3 e 54,9%.

Durante décadas, o Brasil, assim como outros países, tratou a questão das drogas principalmente com ações de repressão às substâncias ilícitas, pouco realizando no campo do tratamento e da prevenção através da

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 3, n. 7, p. 73-92, jul./dez., 2011.

educação em saúde. Vale ressaltar que a escolha das substâncias psicoativas relegadas à ilicitude obedece mais a critérios de ordem política e econômica do que propriamente ao princípio farmacológico, haja vista a livre comercialização de bebidas alcoólicas e de tabaco, substâncias danosas à saúde da população, mas que geram lucros significativos ao Estado. Ainda hoje, o álcool é representado por meio da publicidade como uma substância promotora de sucesso, poder e bom gosto (REDUC, 2006).

Países como Holanda, Inglaterra e Austrália começaram a implementar estratégias de RD com o objetivo de prevenir infecções pelo HIV, bem como resgatar a auto-estima e a cidadania dos usuários de drogas. A RD surge, portanto, como um conjunto de estratégias de Saúde Pública que visa reduzir os danos à saúde em consequência das práticas de risco. A estratégia também é pensada como contributiva à inclusão social do usuário de drogas, ao respeito aos direitos de todos os cidadãos e principalmente ao enfrentamento do “fenômeno drogas” em sua complexidade (REDUC, 2006). Ressaltamos, com relação aos direitos humanos e à cidadania, que os usuários de drogas têm pouca visibilidade social e, devido ao fato de serem historicamente excluídos do sistema social, seus direitos não são identificados (ANTUNES & MALISKA, 2002).

Hoje, o Ministério da Saúde (MS) trata a RD como política prioritária para o desenvolvimento de ações junto a usuários de drogas, como estratégia a ser desenvolvida pelas três esferas do governo e pelas organizações da sociedade civil. O Ministério busca estimular parcerias entre diversos programas, como o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, o de Saúde Mental e o de Hepatites Virais, objetivando promover a integralidade da atenção e a visibilidade da RD como política de Saúde Pública (REDUC, 2006).

Por meio da portaria nº 1028 de 04/07/2005 o MS define diretrizes que orientam e subsidiam estados e municípios na manutenção ou implantação de ações voltadas para usuários de drogas. Essas ações incluem reduzir os danos à saúde, considerando a exclusão social, as questões estruturais e o estabelecimento de referências e contra-referências. A RD aplica-se particularmente nos casos em que o uso/abuso já se instalou e a abstinência não é a escolha do usuário.

Neste texto, as autoras apresentam estudo onde realizam uma reflexão sobre a estratégia de RD em algumas Unidades Locais de Saúde do município de Florianópolis que possuem implantada a referida estratégia, buscando verificar concepções e atitudes desenvolvidas pelos profissionais da saúde destas Unidades em relação à política e às ações de RD.

## **2 Fundamentação teórica**

Iniciativas de RD registram-se em 1926, na Inglaterra, com o Relatório Rolleston<sup>1</sup>. A metadona era usada como terapia substitutiva para os dependentes de morfina e heroína. Já na década de 1980, na Holanda, por ocasião de um surto de hepatite B entre usuários de drogas injetáveis (UDIs), surge o Programa de Troca de Seringas (PTS); a partir daí, os PTS/PRD se espalham pela Europa, pelos EUA e pela Austrália.

A estratégia da RD está em consonância com a Constituição Brasileira, que considera a saúde como um dos direitos fundamentais de todo cidadão, e com os princípios do SUS – Sistema Único de Saúde, segundo os quais o acesso a serviços de saúde gratuitos e de qualidade deve ser universal e equitativo, atendendo às necessidades da pessoa como um todo (BRASIL, 2001b).

Pimenta (2005, p.10) afirma que com a implementação da RD no Brasil obtivemos importantes avanços, tanto relacionados à saúde como no “campo dos direitos humanos, além da promoção de leis que garantem o direito do usuário de drogas ao tratamento da dependência de forma digna e não punitiva”. Porém, as questões morais e éticas ainda permeiam as concepções e as práticas dos profissionais. Quando nos deparamos com a moral, esta não aponta possibilidades de diálogo e se evidencia nas representações sobre o usuário de drogas, nas crenças e mitos; por outro lado, a ética abre possibilidades de diálogo para a discussão das divergências e propõe

---

<sup>1</sup> O *Rolleston Report* apresenta recomendações de uma comissão interministerial que estabeleceu o direito dos médicos ingleses de prescrever suprimentos regulares de opiáceos a aditos a essas drogas, nas seguintes condições: como manejo da síndrome de abstinência em tratamentos com objetivo de cura; quando, após tentativas de cura, o uso da droga não pode ser seguramente descontinuado; e quando o sujeito é capaz de levar uma vida normal e produtiva se uma dose mínima de droga for administrada regularmente, mas incapaz disso se a droga for inteiramente descontinuada (BRASIL, 2001b). Cadernos Brasileiros de Saúde Mental ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 3, n. 7, p. 73-92, jul./dez., 2011.

alternativas para o rompimento da exclusão e da criminalização (LAGO, 1999; PIMENTA, 2005).

A importância da política de RD também reside na redução no número de novos casos de AIDS entre UDIs. Estudos realizados em 1999 e 2001 pelos Projetos Ajude Brasil I e II, demonstram que houve entre UDIs diminuição no compartilhamento de seringas e um uso mais consistente do preservativo nas relações sexuais, bem como aumento na procura por testagem diagnóstica de HIV e das hepatites, pela vacinação para hepatite B e pelo tratamento da dependência química e da aids (CAIAFFA, 2001). A RD também propicia que usuários de drogas passem a fazer parte ou, no mínimo, comecem a transitar pelas instituições públicas. À medida que se reconhecem como parte integrante, eles também contribuem para a efetivação dos direitos humanos e de cidadania. Antunes e Maliska (2002: 13) sugerem ainda que “usuários que utilizam estratégias de RD no uso da droga apresentam um redimensionamento dessa prática, o que tem possibilitado inclusive o abandono e a abstinência em relação ao consumo de drogas”.

Dessa forma, promove-se uma RD subjetiva, à medida que o usuário tem a possibilidade de aumentar sua auto-estima, resgatar sua cidadania e iniciar um processo de mudança nos seus hábitos e comportamentos em relação ao uso de drogas, após refletir acerca dos efeitos da droga, buscando um uso mais seguro e com menos danos à saúde. A RD se caracteriza, assim, por sua flexibilidade e pela formação de vínculos sem a exigência da abstinência, o que permite que esses usuários tenham voz e sejam ouvidos (CONTE, 2003; ANTUNES & MALISKA, 2002).

É nesse espaço que se situa a importância do Agente Redutor de Danos (ARD), cuja função ultrapassa a mera distribuição e/ou troca de seringas. O Programa de Troca de Seringas foi quem deu visibilidade à RD, mas essa é somente uma das estratégias de trabalho frente a amplitude e a complexidade que a situação das drogas vem demonstrando no decorrer dos tempos.

Bueno & Trigueiros (2003: 43) identificam os ARDs como “agentes de prevenção que realizam o trabalho de educação continuada, levando informações aos seus pares”. Dessa forma, os ARDs estão aptos a dispensar e demonstrar o uso correto dos preservativos masculino e feminino, bem como

realizar a entrega de *kit*<sup>2</sup> para o uso mais seguro da droga e explicar a importância do não compartilhamento dos equipamentos de injeção. Também fornecem orientações e realizam encaminhamentos para o diagnóstico de DST/AIDS e relativos à saúde em geral, com atenção especial às parcerias sexuais dos UDIs; além de, quando solicitados, encaminhamentos para tratamento da dependência química.

A RD propicia um debate onde os serviços de saúde, as instituições de ensino, pesquisa e extensão possam refletir sobre a “forma de acesso ao tratamento, não como um dever, mas como uma escolha. Esta discussão tem recolocado a potencialidade do trabalho em rede, resultando em maior disponibilidade dos profissionais de Saúde Pública para uma clínica ampliada com toxicômanos” (CONTE, 2003, p.32).

### **3 Percorso metodológico**

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis tem atualmente 52 Unidades de Saúde classificadas como básicas divididas em cinco Distritos Sanitários (anteriormente denominados Regionais de Saúde) estrutura implantada em junho de 2002. Cada Distrito é responsável pelas várias Unidades Locais de Saúde (ULS) localizadas em sua área de abrangência. O programa de RD foi implantado na rede em janeiro de 1998 e posteriormente foi estabelecendo parcerias com ULS selecionadas, de acordo com as demandas percebidas de cada local e tendo, entre outros objetivos, o intuito de sensibilizar e capacitar os profissionais da rede municipal de saúde, conforme preconizado por Antunes e Maliska (2002).

A pesquisa desenvolvida, de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória, teve como sujeitos profissionais de saúde da rede básica da SMS de Florianópolis, membros das equipes existentes em cinco ULS selecionadas, uma de cada regional. As ULS escolhidas já têm a estratégia de RD implantada. Foram entrevistados 01 coordenador, 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem e 01 agente comunitário de saúde de cada ULS, compreendendo um total de 25 profissionais. A seleção desses justificou-se

---

<sup>2</sup> O kit de RD é composto por 02 seringas com agulhas fixas, 02 frascos de água destilada, 01 recipiente para diluição, 02 compressas com álcool para assepsia, 02 preservativos, *folders* informativos (BRASIL, 2001b).  
Cadernos Brasileiros de Saúde Mental ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 3, n. 7, p. 73-92, jul./dez., 2011.

pela significância, no contexto da atenção básica, do cargo que ocupam e das atividades que exercem.

Os dados foram coletados por meio de entrevista com perguntas abertas e fechadas, aplicada pelas pesquisadoras e os profissionais entrevistados optaram por responder por escrito. Quando julgado necessário, as pesquisadoras solicitaram ao profissional complementação ou esclarecimento do conteúdo.

As respostas obtidas foram analisadas e categorizadas seguindo as fases metodológicas propostas por Minayo (1994). Na primeira fase, organizamos os dados, definindo os trechos significativos e suas respectivas categorias. Na segunda, aplicamos o que foi definido anteriormente. Foi a fase mais longa, pois foram necessárias várias leituras atenciosas e exaustivas do material obtido. Na terceira fase, fizemos uma análise qualitativa do conteúdo, tentando desvendar características subjacentes ao conteúdo manifesto, contextualizando as falas com ajuda da literatura pertinente ao conteúdo emergido.

A partir dos dados analisados, foi aplicado o método hermenêutico-dialético que busca relacionar fatos e fenômenos observados com proposições teóricas, percorrendo um movimento dialético que leva da teoria à prática e vice-versa, visando uma compreensão mais elaborada da realidade e uma reflexão acerca das posturas profissionais frente ao objeto de nossa pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da SMS e pelo Comitê de Ética da UFSC sob o número 151/06, respeitando a resolução 196/96.

#### **4 Descrição dos resultados**

Os resultados da pesquisa nos permitiram identificar a viabilidade do Projeto de RD como estratégia de trabalho junto a usuários de drogas na rede municipal de saúde de Florianópolis. A partir dessa análise, pudemos refletir sobre a visão dos profissionais da rede a respeito da estratégia e sugerir possíveis intervenções. Optamos por descrever os resultados segundo as categorias selecionadas.

## **Categoria 1: Capacitação**

Nossa primeira categoria foi definida como *capacitação* por expressar a forma como a maioria dos profissionais entrevistados declarou ter tomado conhecimento da política de RD. Foram citados entre outros treinamentos do programa DST/AIDS e cursos de qualificação oferecidos pela Prefeitura de Florianópolis.

A educação continuada através dos cursos de capacitação vai ao encontro da política de Educação Permanente em Saúde do MS. Esta política preconiza uma maior integração entre as instituições formadoras e o sistema de saúde, visando a organização dos serviços, a qualificação e a humanização da atenção aos usuários do sistema, contribuindo para fortalecer a equidade e consolidar o SUS (BRASIL, 2003). Entendemos ser este um processo de extrema importância, por possibilitar que os profissionais reflitam constantemente acerca do comprometimento com a práxis do (no) SUS.

As capacitações foram oferecidas pela Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), através do Programa DST/AIDS, aos profissionais da rede. Entretanto, as mesmas acabaram sendo interrompidas devido a trocas administrativas. Notamos em nossa amostra que 20% dos profissionais entrevistados desconhecem a estratégia RD. Em geral, são profissionais de contrato temporário que estão há pouco tempo na rede e ainda não passaram por capacitação, talvez por causa das discontinuidades acima apontadas. Observamos que a SMS retomou as capacitações sobre diversos temas e possivelmente a RD também será novamente abordada.

Percebemos, nas entrevistas, que há profissionais que não se interessam pelo assunto RD, talvez pelo preconceito acerca do usuário de drogas ou por preferirem, por outros motivos, não se envolver com esta temática. Entendemos que o profissional da saúde inserido no SUS deve considerar a complexidade da Saúde Pública e nos parece mais viável, concordando com Bastos (1996: 188), com “apostar no realismo das propostas que reduzam os danos mais graves e mais disseminados à integridade dos cidadãos, em conformidade às normas do estado de direito e à garantia dos direitos individuais, não só porque as medidas totalitárias violam claramente esse estado e esses direitos, como têm se mostrado sucessivamente

fracassadas no que diz respeito ao controle das diversas epidemias que o mundo já experimentou”

A capacitação se torna necessária para atualizar os profissionais sobre as estratégias que existem à sua disposição na rede e da qual podem usufruir para melhor atender ao usuário do SUS, respeitando sua individualidade, seus direitos e conseqüentemente inserindo-os no sistema como um todo.

## **Categoria 2: Redução de agravos ocasionados pelo uso das drogas**

A segunda categoria mostra ser bastante amplo, entre os profissionais, o conhecimento da estratégia, tanto no que tange à distribuição de material e troca de seringas quanto às orientações e à busca do comprometimento do usuário com sua própria saúde, conforme as falas que trouxeram:

[...] Ações que esclareçam a comunidade dando subsídio para que ele (o usuário) se comprometa consigo mesmo em diminuir os riscos de contaminação.

[...] Programa de prevenção voltado para pacientes drogadictos reforçando o auto-cuidado com atenção para seringas estéreis e uso individualizado, e ainda o uso de condom.

A estratégia de RD é definida pela Associação Internacional de RD (IHRA) como “políticas e programas que tentam principalmente reduzir, para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades as conseqüências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento” (BRASIL, 2004, p.31).As falas dos profissionais se dirigem, em alguns casos, à redução da transmissão de HIV/AIDS em usuários de drogas injetáveis.

É preciso compreender que o uso de drogas constitui-se, num primeiro momento, em uma atividade prazerosa para quem a pratica esporadicamente e reconhecer que as pessoas podem fazer uso de substâncias psicoativas (como o têm feito ao longo de toda a história da humanidade) e que isso foge ao controle de medidas absolutistas propostas por estratégias baseadas na proibição e na abstinência (O’ HARE, 1994).

Numa visão mais ampla, essas propostas visam não apenas a redução de danos à saúde, mas também a “redução de danos sociais vinculados ao uso  
Cadernos Brasileiros de Saúde Mental ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 3, n. 7, p. 73-92, jul./dez., 2011.

de drogas” (O’HARE, 1994, p. 70) pois, além dos prejuízos à saúde, do ponto de vista social, o indivíduo que utiliza substâncias ilegais pode chegar à total exclusão do convívio em família, na comunidade, na escola e no trabalho, passando por vários níveis de prejuízos sociais que podem atingir apenas algumas áreas, mas que de alguma maneira acabarão por refletir-se na sua vida, principalmente pelo não entendimento e pelo preconceito da sociedade. Sem dúvida, o maior prejuízo é a violência (psicológica, física e ao meio ambiente) tanto no âmbito pessoal como na comunidade: toda a sociedade perde (REDUC, 2006).

Dando continuidade à discussão dessa categoria, citamos as falas de alguns profissionais que colocaram esta estratégia como sendo aplicada para diminuir riscos, porém limitada a grupos específicos, ou seja:

[...] É uma estratégia que visa orientar e ensinar usuários de drogas e profissionais do sexo a usar formas de prevenção e transmissão do HIV de forma eficaz.

[...] É um método que tem como objetivo a conscientização/orientação e prevenção dos riscos que usuários de drogas e profissionais da vida (prostitutas) estão expostos freqüentemente.

A RD não está limitada a “grupos de risco”. Bastos (1993) nos lembra que o usuário de drogas é antes de tudo um cidadão, um ser em relação com outros usuários e também com sua rede social e, por isso, a RD também possui a capacidade de apoiar, reforçar comportamentos ou modificá-los.

É notório que as posturas preconceituosas que criminalizam ou excluem o usuário de drogas acarretam sérios problemas à sociedade, pois preferem não encarar de frente a questão das drogas e seus desdobramentos nas áreas tanto da violência quanto da saúde. Bastos (1998, p. 139) enfatiza essa compreensão ao afirmar que “não se pode simplificar essa discussão com argumentos isolados, sejam eles de natureza ética, moral, jurídico-legal, médica ou policial”.

Como podemos observar, os objetivos colocados pela RD definem prioridades e hierarquizam situações de maior ou menor gravidade em decorrência do uso de drogas, reconhecendo os limites de atuação num

contexto social marginalizado e freqüentemente esquecido pelas políticas de saúde.

### **Categoria 3: Prevenção de doenças**

A categoria discutida a seguir, denominada **prevenção de doenças**, surge das falas dos profissionais sobre o papel da RD enquanto estratégia para prevenir os efeitos adversos do uso de drogas. Neste sentido os profissionais entrevistados manifestaram sua convicção de que “a RD previne efeitos adversos do uso de drogas], *diminuindo o compartilhamento de seringas e conseqüentemente a propagação de doenças como hepatite B e HIV*” e o sexo sem proteção.

A RD envolve a incorporação de um espectro contínuo de estratégias, desde o uso seguro até a completa abstinência, passando pelo uso administrado. Ao tratarmos da RD como uma política de saúde, demonstra-se o interesse em traçar diretrizes para melhorar a vida e a saúde de pessoas que utilizam substâncias psicoativas, sejam elas lícitas ou ilícitas (REDUC, 2006).

Do ponto de vista biológico, dependendo da substância utilizada, da freqüência do uso e da quantidade, as drogas podem causar overdose, problemas respiratórios, cardíacos e neurológicos. No caso da via de administração, o principal problema é o uso de drogas injetáveis, pois o compartilhamento de seringas pode levar a infecções como HIV, hepatites e sífilis. O uso de material infectado ou água contaminada para diluição pode causar endocardites, abscessos e trombozes venosas, entre outros (REDUC, 2006).

A RD deve trabalhar em conjunto com o usuário de drogas, ou seja, “planejar a mudança de comportamento junto com os usuários, levando em conta as condições singulares de uso” (PTAH apud PETERSON, 2006, p.733).

Após verificarmos os conhecimentos teóricos sobre a RD, passamos a observá-los na prática cotidiana dos profissionais, como veremos na categoria seguinte.

### **Categoria 4: Prática da RD**

Sobre essa categoria, gostaríamos de destacar atitudes que estão diretamente relacionadas à estratégia e que podem facilmente ser executadas,

tais como: diminuir o número de cigarros, orientar sobre o uso correto de preservativos, trocar seringas, confeccionar e distribuir cachimbos, entre outras.

As falas exemplificam a presença da RD no exercício profissional:

[...] Oriento para sexo com proteção, anticoncepção de emergência e o não compartilhamento de seringas em grupos de discussão ou de forma preventiva quando atendo adolescentes [...]

[...] Geralmente em consultas realizadas com adolescentes e usuários expostos ao risco, procuro expor a importância da prevenção e as formas de transmissão a fim de reduzir o número de usuários expostos [...]

Essas falas sugerem que estes profissionais que lidam com a RD entendem sua complexidade e atuam também na rede de relações interpessoais; vislumbrando que o usuário não é um ser segregado e os malefícios não ficam restritos a alguns grupos.

Dentro desse contexto, a RD pretende ser encarada como uma alternativa mais efetiva do que as propostas tradicionais baseadas na redução da oferta e/ou abstinência. De acordo com Wodak (apud BASTOS, MESQUITA & MARQUES, 1998, p. 57) “uma das características mais relevantes da RD é sua ênfase sobre a definição e obtenção de objetivos exeqüíveis, ainda que aquém de metas ideais”.

### **Categoria 5: Preconceito relacionado ao uso de drogas**

Essa categoria surge ao verificarmos que alguns profissionais concordam e têm conhecimento da política de RD, mas no cotidiano profissional se posicionam como não fazendo parte desse universo (trabalhar com a estratégia da RD é função de outros profissionais) ou então desconhecem a demanda. Algumas falas dos profissionais apontam para uma participação limitada destes na RD, como por exemplo: “[...] Não pertencço ao grupo de RD e quando identifico drogadicto converso com os profissionais envolvidos.”

Muitas vezes, em virtude do preconceito, o usuário de drogas não encara o uso como motivo para buscar auxílio nos serviços de saúde. A detecção do mesmo dependerá do olhar e da “escuta” atenta do profissional.

Algumas falas dos profissionais são contraditórias, pois concordam manifestamente com a estratégia RD, mas têm dificuldades de aplicar a mesma na prática:

[...] Primeiro deve ser feito a prevenção primordial (o não uso de drogas), deve-se fazer prevenção primária, com diminuição da exposição aos riscos relacionados ao uso de drogas [...]

[...] (Na prática faço) muito pouco, pois a minha demanda de atendimentos não apresenta pessoas que se aplicam à estratégia.

Estas falas, mais outras que dão conta da escolha primordial de referenciamento a centros especializados, nos levam a pensar sobre o persistente preconceito de alguns profissionais que se recusam a atender pacientes com histórico de uso/abuso de drogas, pois o tratamento em centros especializados é de difícil acesso, porém representa uma “solução” rápida para alguns profissionais.

Já em 1992, Bucher (apud BASTOS, 1996, p. 208) afirmava que o Brasil dispunha de poucos “serviços especializados no tratamento de usuários de drogas, e mesmo no que concerne à substância psicoativa mais freqüentemente utilizada no país — o álcool, são notórias as deficiências de alternativas terapêuticas”.

Em Florianópolis, já se aponta, há algum tempo, que a RD aumentou a demanda por tratamento, sem que haja suficiente número de serviços para prestar assistência (SELL apud LAGO, 1999), situação que não parece ter se modificado, ao longo do tempo. Sabe-se que há poucos serviços públicos preparados para o tratamento da drogadicção no Brasil. Essa realidade não mudou muito ou na mesma proporção em que houve o aumento do número de usuários de drogas. Além disso, esses serviços especializados não têm sido vistos como de responsabilidade da Atenção Básica e sim da Atenção Secundária e/ou Terciária. Isto ressalta a importância de incorporar, nas

práticas dos profissionais da Atenção Básica, o trabalho de prevenção ao uso/abuso de drogas com seus pacientes.

### **Categoria 6: Posicionamento frente à estratégia de RD**

A estratégia da RD é muito polêmica e possui, de um lado, defensores e, do outro, opositores. Na categoria *posicionamento frente à estratégia de RD* perguntamos aos profissionais se eram a favor desta estratégia. Em geral, eles se mostraram favoráveis à política de RD ao expressarem seus objetivos primeiros, como a minimização dos danos adversos. Assim, os profissionais concordam com essa estratégia, por exemplo, “*por diminuir a propagação de seqüelas em pessoas com compartilhamento de risco*” ou “*porque com certeza iremos reduzir consideravelmente o número de usuários expostos aos riscos.*”

Outro fator que possibilita reflexão sobre a estratégia e um posicionamento favorável é a questão financeira, pois o custo para financiar um projeto de RD é irrisório se comparado aos custos do tratamento. De acordo com o MS, “o custo médio anual com um projeto de RD correspondia ao custo anual do tratamento de quatro casos de AIDS” (BRASIL, 2001b: 20).

Para reforçar o princípio da RD, que reza pela liberdade de escolha do indivíduo, Stronach (2004, p. 33) esclarece que a “estratégia de RD reconhece os direitos humanos individuais – ela está calcada na aceitação da integridade e responsabilidade individuais” Cabe ao profissional exercer um papel de mediação, de interlocução, a fim de colocar o usuário de drogas diante de suas dificuldades para que ele possa refletir acerca de suas escolhas.

Também nos chama a atenção a seguinte colocação: “[...] *No início eu até fiquei revoltada (ao conhecer a estratégia), achei que era incentivo...*”

Peterson et al. (2006) pontuam que os proponentes da RD:

foram acusados de incentivar o uso de drogas, sabotar os esforços para alcançar a abstinência, evitar a recuperação, contradizer a política social corrente e de se render frente à existência do uso de drogas ilícitas na sociedade. Os princípios filosóficos que fundamentam a RD podem ser entendidos como um desafio aos modelos tradicionais da abstinência, como os do AA/NA (p.733).

O argumento de que a RD poderia estimular o uso de drogas tem se mostrado equivocado, mas a polêmica em torno da RD como estratégia de Saúde Pública permanece.

[...] aqueles que adotam os princípios da RD o fazem com base na compreensão de que o uso de drogas é um problema complexo, relacionado a outros aspectos da qualidade de vida, tais como a pobreza, a classe, o racismo, o isolamento social e a discriminação. Eles sustentam que uma abordagem ao uso de drogas que procura mitigar os efeitos negativos destas sobre os indivíduos, as suas famílias e as comunidades onde vivem devem incluir estratégias de intervenção não-coercitivas, ao invés de simplificar o problema. Além disso, a RD permite a criação de um meio não-agressivo e acolhedor que envolve os indivíduos que usam drogas num processo aonde as recompensas e o apoio continuado não são apenas conseqüências de mudanças fundamentais, mas incentivo para ganhos adicionais (PETERSON et al., 2006, p. 733).

A RD tenta compreender normas culturais, trabalhar no seu âmbito, focalizando alterações de fatores que permitirão a mudança de comportamento. O comportamento seguro precisa transformar-se em comportamento natural (O'HARE, 1994).

### **Categoria 7: Acesso expandido às diversas regiões**

A importância da ampliação da estratégia de RD a outras ULS marca a categoria **Acesso expandido às diversas regiões**. Todos os entrevistados concordam que a política de RD deve ser estendida a todas as ULS, pois consideram que há presença de usuários de drogas em todas as comunidades em toda a cidade e o acesso à estratégia pode ser uma possibilidade de diminuir os riscos adversos do uso/abuso de drogas. Reconhecem a necessidade de mais equipes para um trabalho mais eficaz e algumas falas analisam de forma mais ampla esta necessidade:

[...] Acho (o programa) bastante válido, pois grande parte da população atendida nas ULS apresentam situações relacionadas ao tema em questão, sendo de extrema importância o acesso facilitado.

Assim, os profissionais vão incorporando essa estratégia em sua prática profissional e naturalizando-a, entendendo que é apenas uma estratégia e não uma solução para todos os usuários de drogas; é complementar e não se contrapõe às estratégias de redução da demanda e/ou oferta, concepção compartilhada por Stronach (2004).

O trabalho realizado em Florianópolis pelas equipes de RD vem paulatinamente conquistando sua ampliação e abrangendo usuários de diferentes drogas, lícitas ou ilícitas, tanto no trabalho de campo como em algumas ULS. Isso possibilita a execução de algumas ações pelos Agentes Redutores de Danos ou pelos profissionais de saúde das ULS, como a disponibilização de insumos, a orientação quanto a estratégias de diminuição, substituição ou cuidados no uso e encaminhamento para diagnóstico de infecções por HIV, das DSTs e das hepatites B e C e também para o tratamento das demandas emergenciais (NARDI & RIGONI, 2005).

## **5 Considerações finais**

A RD teve seu campo de atuação ampliado devido à crescente preocupação com as drogas lícitas e o aumento do consumo de drogas como o crack, mesmo ocorrendo a diminuição gradativa do uso de drogas injetáveis. Contudo, essa estratégia permanece, no imaginário, vinculada à aids, pois no Brasil ela surgiu em função do grande número de casos desta doença, relacionados ao uso de droga injetável. A aids possibilitou que tanto o usuário como o uso tivesse visibilidade, requerendo outro tipo de intervenção com um “olhar” voltado para a saúde e não uma atitude “policialesca”.

Sendo uma estratégia e não uma solução definitiva, a RD deve ser utilizada de forma contextualizada e de acordo com a idade, local, tipo de droga, grau de dependência e escolha do usuário em entender e aceitar lidar com a droga e os seus danos de modo menos agressivo. A RD inclui e amplia o acesso ao sistema de saúde para os que estabeleceram uma relação problemática com as drogas, aumentando a tolerância social e não trabalhando apenas com o conceito de “tolerância zero” ou a abstinência total.

Historicamente, a RD se inseriu timidamente na Saúde Pública, como uma iniciativa direcionada ao público usuário de drogas e, por muito tempo, a

estratégia continuou à margem das políticas de saúde, assim como os usuários na sociedade. Com isso, os serviços de saúde existentes nem sempre eram receptivos a esse público. Em Florianópolis percebe-se um movimento de abertura em relação a essa estratégia, pois a mesma já está implantada desde 1998 e foi inserida em algumas ULS cujos profissionais se identificavam com essa política. Contudo, ainda nos deparamos com uma grande rotatividade: os profissionais efetivos mudam de ULS e muitos profissionais são inseridos na rede municipal de saúde através de contratos temporários, o que dificulta o conhecimento de todos os programas e políticas do Sistema de Saúde.

A estratégia de RD proporcionou ao usuário acesso aos serviços de saúde, visibilidade, acolhimento e formação de vínculo e fortalecimento como um sujeito de direitos e deveres. Significa, além disso, uma ruptura com o reducionismo da troca de seringas, atende ao princípio da autonomia, assegurando o respeito ao desejo, às crenças e valores do sujeito, reconhecendo que este pode ter domínio sobre sua vida e sua intimidade. Reconhece que o usuário pode e deve redimensionar sua vida na busca de outros prazeres, reduzindo ou substituindo o uso de drogas, buscando grupos de auto-ajuda para sentir-se apoiado em suas mudanças. Ou seja, a abstinência pode ser alcançada, mas ela faz parte do processo.

Foi predominante nas falas dos profissionais uma discrepância entre o discurso e a prática realizada nas ULS. Constatamos que praticamente a totalidade dos entrevistados conhece e apóia a política de RD, mas não consegue estendê-la ao seu cotidiano profissional. Algumas razões podem estar associadas, entre elas o preconceito em relação à pessoa usuária de drogas ilícitas e a quase inexistência de espaços de interlocução onde se possa aprofundar a temática dentro de contexto mais amplo, que envolva as questões sociais, econômicas, religiosas, culturais, políticas, etc.

As ULS que possuem a estratégia da RD implantada apontam a sustentabilidade do projeto através da atuação em campo dos Agentes Redutores de Danos (ARDs). Os ARDs são os principais responsáveis pela aproximação entre o usuário e os serviços de saúde, através dos encaminhamentos efetuados em campo. Além disso, muitas vezes estabelecem o primeiro vínculo do usuário de drogas com um profissional da

saúde. Diante do exposto, verificamos que a RD se mostra uma estratégia viável, podendo se sustentar a partir de atividades variadas, de acordo com o contexto, as diferentes drogas utilizadas, as características do usuário, seu grau de dependência e sua vontade de deixar ou não o uso da droga. Contudo, acreditamos que o que pode contribuir para uma maior efetividade das ações é a postura ética adotada pelos profissionais diretamente envolvidos.

A RD trabalha dentro do que é possível realizar na realidade epidemiológica e social existente. Constitui-se também em importante oportunidade para a sociedade como um todo e os sujeitos que dela participam rever seus princípios e atitudes frente aos diferentes estilos de vida e estilos de pensamento existentes.

O SUS enfrenta muitos desafios. É preciso, por exemplo, superar a fragmentação do processo de trabalho, das relações entre os diversos profissionais e da rede assistencial. Diante dessas necessidades, a RD também terá mais possibilidade de acontecer de fato e na sua totalidade. Só estaremos cumprindo efetivamente os princípios do SUS à medida que avançarmos nossos discursos e nossa prática tendo como base os direitos humanos. Nessa perspectiva, toda e qualquer forma de preconceito, discriminação ou exclusão social deve ser combatida para que o acesso aos serviços de saúde e aos insumos para prevenção e/ou tratamento sejam um direito de todos. Além disso, é de extrema importância a formação de parcerias com ONGs e outros setores dos órgãos governamentais a fim de aprofundar os debates acerca da estratégia, exercendo assim os princípios da intersetorialidade, integralidade e equidade, como reza a Lei nº 8080/90.

A ampliação da estratégia de RD se justifica para melhorar o atendimento à população e integrar toda a rede, mas para que isso aconteça é preciso haver comprometimento e parceria de todas as partes envolvidas no processo: Secretarias de Saúde, profissionais e comunidades.

### **Referências**

ANTUNES, N.; MALISKA, ME. **Cartilha de RD**. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2002.

BASTOS, FI et. al. **Drogas é legal?** Um debate autorizado. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

BASTOS, FI. (org.). **Drogas e AIDS:** estratégias de RD. São Paulo: Hucitec, 1994.

BASTOS, FI. **Ruína e reconstrução:** AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.

BASTOS, FI., MESQUITA, F; MARQUES, LF. (orgs.) **Troca de seringas:** ciência, debate e Saúde Pública. Brasília: MS - Coordenação Nacional de DST e Aids, 1998.

BRASIL. **A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis no Brasil:** 10 anos de pesquisa e Redução de Danos. Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Coordenação de DST e Aids, 2001a.

BRASIL. **Manual de Redução de danos.** Brasília: Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST e Aids, 2001b.

BRASIL. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS.** Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2003.

BRASIL. **Álcool e Redução de danos:** uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUENO, R. & TRIGUEIROS, DO Projeto de RD da cidade de São Paulo. In: MESQUITA, F. & SOUZA, CR. **DST/AIDS:** a nova cara da luta contra a epidemia na cidade de São Paulo. 2003.

CAIAFFA, WT. **Projeto AJUDE-BRASIL:** avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis dos projetos de redução de danos apoiados pela CN-DST/AIDS Brasília: Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST e Aids, 2001.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras.** São Paulo: CEBRID, 2004.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras.** Brasília;São Paulo: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/USP, 2010, p.503.

CONTE, M. Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis? In: **Revista da APPOA**, v. 26, p. 23-33, 2003.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Perfil da saúde**. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/saude/perfil\\_saude\\_ind\\_1..htm](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/perfil_saude_ind_1..htm)>. Acesso em 02 abr. 2006.

LAGO, M. A. **Da marginalidade à tolerância**: reflexões éticas sobre a estratégia de RD. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

MINAYO, MCS (org.) **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 9ed. São Paulo: Vozes, 1994.

NARDI, HC. & RIGONI, RQ. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 2, p.: 273-82. ISSN 1413-7372. mai./ago.2005

O'HARE, P. Redução de danos: alguns princípios e a ação prática. In: MESQUITA, F; BASTOS, FI (orgs.) **Drogas e AIDS**: estratégias de REDUÇÃO DE DANOS. São Paulo: Hucitec, 1994.

PETERSON, J. et al. Getting clean and harm reduction: adversarial or complementary issues for injection drug users. Tradução: Maria Cristina Itokazu. **Cadernos de Saúde Pública**, Apr 2006, v. 22, n. 4, p. 733-740. ISSN 0102-311X

PIMENTA, C. Redução de danos: direito à saúde e à prevenção ao HIV/AIDS. In. **Revista da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids**, , n. 53, p. 10-11, ago. 2005.

REDUC. **Cartilha de redução de danos**. Disponível em: <<http://www.reduc.org>>. Acesso em 10 abr.2006.

SELL, J. **Situação atual do projeto de redução de danos de Florianópolis**. Comunicação pessoal. Florianópolis, 15 de março de 1999.

STOVER, J et al. Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? **The Lancet**, 360: 73-77, jul 2002.

STRONACH, B. Álcool e redução de danos. In: BRASIL. **Álcool e redução de danos**: uma abordagem inovadora para países em transição. P. 29-35 Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

UNAIDS. Latin America Fact Sheet. 21/11/2005. Disponível em: <<http://www.unaids.org>>. Acesso em 02 fev.2006.

Recebido em: 28/03/2011; aceito para publicação em: 29/05/2011

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 3, n. 7, p. 73-92, jul./dez., 2011.