

PROJETOS/PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL

• *uma revisão de literatura* •

Valcleiton Bispo Santos*, Marlene Miranda**

Autor correspondente: Valcleiton Bispo Santos - valcleitonbispo@gmail.com

*Especialização em andamento em Saúde Mental e Atenção Básica pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia. Técnico em Saúde Mental Nível Superior da Faculdade de Medicina Universidade Federal da Bahia

** Professora Assistente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Resumo

A Redução de Danos (RD), enquanto estratégia de saúde pública, se refere à políticas, programas e práticas que visam primeiramente minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica, provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente requerer do usuário uma redução ou abstinência. No Brasil, a RD foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez em Santos-SP no ano de 1989, contudo é só no ano de 1995 no PRD-CETAD na cidade de Salvador/BA que a RD tem suas ações financiadas por organizações internacionais para o combate ao HIV/AIDS. No ano de 2003 o governo federal reconhece a RD enquanto estratégia no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas e a insere no Programa Nacional de Atenção Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas passando assim a financiar as ações. Diante da história da RD no Brasil, este artigo tem como objetivo, realizar uma revisão bibliográfica, a fim de identificar, a partir dos artigos publicados, os projetos/programas de RD, o público alvo atendido, o local e o período de atuação. Para tal análise, foram selecionados 10 artigos que utilizaram o banco de dados dos projetos/programas de RD no período entre 1995-2014. A Metodologia utilizada foi a revisão sistemática realizada no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Nos Resultados e Discussão, os artigos foram organizados a fim de responder aos objetivos específicos. Na conclusão foram levantadas questões sobre a RD no Brasil e no Mundo.

Palavras-chave: Projeto; Redução de danos; Usuários de drogas.

HARM REDUCTION PROGRAMS/PROJECTS IN BRAZIL

•a literature review•

Abstract

The Harm Reduction (HR), as a public health strategy, refers to policies, programs and practices that primarily aim to minimize biological, psychosocial and economic risks and damage, caused or secondary to the use / abuse of legal and illegal drugs, without necessarily requiring from the user a reduction or withdrawal. In Brazil, the HR was adopted as a public health strategy for the first time in Santos-SP in 1989, but only in 1995 the PRD-CETAD in Salvador / BA had RD actions financed by international organizations in order to the fight against the HIV / AIDS epidemic. In 2003 the federal government recognized the HR strategies while caring for the users of alcohol and other drugs. They were then added to the National Program of Integrated Management to Users of Alcohol and other Drugs. Thus, the government started to fund HR actions. This article aims to conduct a literature review in order to identify, from the published papers, HR programs; projects, the target audience, location and time of operation of such actions so far. To do so, 10 articles that used the database of HR programs/projects for the period between 1995 and 2014 were selected. The methodology used was the systematic review conducted in the database of the Virtual Health Library (VHL). In Results and Discussion, the papers were organized in order to respond to specific objectives. In conclusion, questions were raised about the HR in Brazil and worldwide.

Keywords: Project; Harm Reduction; Drug users.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de droga é extremamente polissêmico. Seus significados abrangem inclusive, alguns alimentos que são designados como drogas: especiarias – canela, noz moscada, pimenta- açúcar, chá, café, chocolate, mate, guaraná, substâncias lícitas como tabaco e álcool, assim como inúmeras outras plantas e remédios. O termo droga tem origem na palavra “droog” (do holandês antigo), que significa folha seca, visto que na antiguidade a maioria dos medicamentos eram feitos à base de folhas. Desta forma, as drogas são necessidades humanas, seu uso é um fenômeno antigo na história da humanidade, portanto um uso milenar, que se faz presente em quase todas as culturas no auxílio de necessidades médicas, religiosas e gregárias ⁽¹⁾.

Desde a pré-história, as diferentes culturas humanas têm utilizado plantas e algumas substâncias de origem animal para provocar alterações de consciência com os mais variados fins. Assim tábuas sumérias do terceiro milênio a.C., cilindros babilônicos, imagens da cultura cretense-micênica e hieróglifos egípcios já mencionam os usos medicinais do ópio. Na China restos da fibra do cânhamo datam de 4000 a.C. Em um tratado médico chinês do século I, o cânhamo é descrito enquanto uma substância que se utilizada em excesso faz ver monstros, contudo se usada de maneira moderada e por um longo tempo, permite a comunicação com os espíritos e o alívio do corpo. Na Índia os brâmanes descrevem enquanto características do cânhamo a expansão da mente e dos desejos se-

xuais. Já os budistas usavam para auxiliar as meditações. Estudos também relatam o uso da maco-nha em outros povos, como os assírios o século IX a.C. e os celtas no século VII a.C. ⁽²⁾.

Na América desde tempos pré-colombianos, diferentes tipos de tabaco eram usados com fins recreativos, religiosos e terapêuticos, bem como encontram-se registros do uso da folha de coca nas civilizações Incas no século IV a.C. ⁽³⁾. Com relação ao álcool, seu uso enquanto medicamento remonta a pré-história, mencionado nas tábuas de escrita cuneiforme na Mesopotâmia em 2200 a.C., e cerca de 15% dos 800 medicamentos produzidos no Egito antigo incluíam álcool em sua composição ⁽²⁾.

A partir do exposto acima, se percebe que a relação da humanidade com as drogas é tão antiga quanto a própria história da humanidade. A partir do período denominado como modernidade que o uso de drogas passa a visto como um problema.

1.1 MODELOS DE ABORDAGEM AO USO DE DROGAS

No final do século XIX, momento em que a medicina se institui enquanto hegemônica com relação ao campo da saúde, as drogas se tornaram um problema e seu controle passou da esfera religiosa para a da biomedicina, principalmente, nos grandes centros urbanos dos países mais desenvolvidos do Ocidente. A partir de então, priorizou-se os aspectos farmacológicos em detrimento do religioso e moral, e passou-se a enxergar as drogas como criadoras de dependência, considerada como um problema para a sociedade ⁽³⁾.

Por conta das influências do modelo biomédico no campo psiquiátrico nos séculos XIX e XX, os tratamentos destinados aos usuários de drogas foram estruturados seguindo uma lógica semelhante aos tratamentos destinados às outras psicopatologias com características hospitalocêntricas, com terapêutica centrada na farmacologia, e objetivo centrado na cura, que, com relação aos usuários de drogas, equivale à abstenção do uso. Este mode-

lo psiquiátrico promoveu uma desqualificação social dos usuários, visto que, a dependência química passou a ser considerada como uma doença crônica, recorrente e sem cura. Desta forma, as pessoas que apresentavam problemas com o uso de drogas passaram a ser tratadas através de encaminhamento para instituições fechadas (mesma estratégia empregada com outras psicopatologias), no intuito de que estas abandonassem o uso ⁽⁴⁾.

No século XX soma-se ao modelo psiquiátrico-psicopatológico, o modelo moral-religioso. Esse considera o uso de drogas como um desvio de caráter, e o usuário como um mau caráter, que a cada repetição do ato de usar a droga comete uma “ação pecaminosa”. Neste modelo, a reabilitação para o usuário está atrelada à abstinência do uso da droga, alcançada a partir da doutrinação e perseverança aos preceitos divinos. Estes dois modelos descritos anteriormente coadunam com a perspectiva proibicionista ao declarar uma guerra às drogas, com o objetivo de erradicá-las da sociedade. Essa abordagem construiu socialmente o ideal de que é possível existir um mundo livre das drogas. Esta perspectiva considera o usuário enquanto financiador dos grupos que comercializam drogas, propõe intervenções de caráter coercitivo e moralista para os usuários, e exige como única possibilidade de tratamento para o usuário a abstenção às drogas. Inclusive a ciência, a ética e a discussão racionalmente argumentada em oposição à perspectiva proibicionista são consideradas tão inimigas quanto a própria droga ⁽⁴⁾.

Em contrapartida às abordagens que enxergam o usuário pelo viés patológico, religioso e moral, a Redução de Danos, surge com uma proposta de analisar o uso de drogas por um outro prisma, dentro de uma dinâmica relacional entre sujeito, droga e meio sociocultural ⁽⁵⁾. Com a Redução de Danos, o usuário deixa de ser estigmatizado enquanto marginal ou portador de uma psicopatologia, e passa-se a considerar as mais variadas formas de uso e de usuários, onde, o tipo de relação do sujeito com a substância é que vai determinar se o uso é um problema ou não ⁽⁶⁾. Nesta perspectiva o ideal

da erradicação (sociedade sem drogas) tende, cada vez mais, a ser substituído pela política realista da redução: redução da procura, redução dos riscos e redução dos danos ⁽⁴⁾.

1.2 A ESTRATÉGIA DA REDUÇÃO DE DANOS

O conceito de Redução de Danos (RD) (do inglês *harm reduction*), relativo ao consumo de drogas já existe informalmente há muito tempo e se refere a estratégias que minimizam os danos associados ao consumo dessas substâncias ⁽⁷⁾. Enquanto uma estratégia em saúde, a Redução de Danos se refere à políticas, programas e práticas que visam primeiramente minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente requerer do usuário uma redução ou abstinência de tais substâncias ⁽⁸⁾.

A face política da estratégia de RD diz respeito a não exigência de abstenção do uso de drogas enquanto pré-requisito para o tratamento. Desta forma o agente redutor de danos não se posiciona contra ou a favor do uso, mas isenta-se de posições ideológicas ⁽⁹⁾. Com relação aos programas, esses se referem tanto as instituições de RD criadas para atuar com os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI's), quanto as iniciativas institucionais que executam um conjunto variado de ações/práticas de RD desenvolvidas de maneira autônoma ou integrada ⁽¹⁰⁾. Dentre as ações desenvolvidas pela RD ao longo da história estão: terapia de substituição, criação de salas de uso mais seguro, troca de seringas, distribuição de preservativos, encaminhamento dos usuários aos serviços de saúde, formação dos profissionais de saúde e assistência social, distribuição de materiais educativos sobre as formas de consumo de drogas e os riscos e danos associados a cada uso, distribuição de preservativos, folders e cartilhas com instruções sobre a prática sexual segura, dentre outras ⁽¹¹⁾.

De acordo com Tarcísio Matos de Andrade, a RD orienta-se por três princípios básicos: *Pragmatis-*

mo, por possuir objetivos claros, como prevenir a infecção pela HIV entre usuários; *Tolerância*, pelo respeito aos usuários pelo direito às suas drogas de consumo e; *Adversidade*, pelas diferentes práticas em decorrência dos diversos grupos de usuários, dos recursos técnicos possíveis e das diferentes drogas de uso/abuso ⁽⁸⁾.

A primeira experiência da RD aconteceu na Inglaterra, em 1926, com o Relatório Rolleston, que estabeleceu o direito aos médicos ingleses de prescreverem opiáceos à adictos dessas drogas, entendendo esse ato como tratamento, e não como gratificação à adição. A prescrição era feita como manejo da síndrome de abstinência em tratamentos com objetivo de cura, após inúmeras tentativas ineficazes de tratamento pela abstinência, e quando ficasse demonstrado que o paciente não conseguiria manter vida normal e produtiva sem uma dose mínima de droga administrada regularmente ⁽¹²⁾.

Com o advento do vírus HIV e da alta taxa de transmissão das Hepatites entre os usuários, outras iniciativas de prevenção se desenvolveram ao longo da década de 1980. Junto à implantação de Programas de Redução de Danos (PRD) em vários países como Bélgica, Austrália, Alemanha, Suíça, França, Canadá e Brasil, surgiram outras modalidades que visavam regulamentar o uso de drogas em *coffee-shops* (locais, horários, tipos de drogas permitidas), além da prescrição médica de metadona ou heroína, implantação de abrigos, centros de urgência, narcossalas, máquinas que fornecem seringas e auxílio na busca de emprego ⁽¹³⁾.

Nos dias atuais, alguns países estão modificando a relação do estado para com os usuários. Portugal, desde o ano de 2001, regulamentou o uso e o porte de todas as drogas, o que deslocou o tratamento oferecido ao usuário de drogas do campo jurídico para o campo da saúde pública. O Uruguai e a Suíça descriminalizaram a maconha em 2013 apontando para outras possibilidades do estado se relacionar com os usuários de maconha. E por fim os Estados Unidos da América (EUA), que, apesar de em sua política externa ser o grande incentiva-

dor e financiador da Política de Guerra as Drogas, internamente (a partir das federações) vem implementando a regulamentação da maconha para uso medicinal, atualmente em vinte e três federações (estados) e no ano de 2015 implementou a regulamentação do uso da maconha para fins recreativos em duas federações: Geórgia e Washington ⁽¹⁴⁾.

1.3 REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL

No Brasil a RD foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez em Santos-SP no ano de 1989, quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis. Neste período, por conta de uma ordem judicial, os profissionais de saúde foram impedidos de fornecer seringas aos Usuários de Drogas Injetáveis (UDI). Diante disso, como forma de evitar a contaminação pelo vírus HIV, a estratégia utilizada pelos profissionais deste período, foi estimular o uso de hipoclorito de sódio para a desinfecção de agulhas e seringas antes de reutilizá-las ⁽¹⁵⁾.

No ano de 1995 na cidade de Salvador - Bahia, surgiu o primeiro Programa a realizar troca de seringas entre usuários de cocaína injetável no Brasil. Tratava-se do Programa de Redução de Danos (PRD) localizado no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD). Entre as ações implementadas pelo PRD/CETAD estavam os pontos fixos de prevenção, localizados em postos de saúde e associações de moradores. Nos bairros que não dispunham desses locais, os pontos localizavam-se na própria casa dos agentes comunitários de saúde, também conhecidos como Redutores de Danos ⁽¹⁶⁾.

No ano de 2002, o Ministério da Saúde, em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional em Saúde Mental, realizada em 2001, passou a implementar, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas. O Programa instituiu um conjunto de políticas públicas específicas no campo da

saúde mental para organizar as ações de promoção, prevenção, proteção à saúde e educação das pessoas que fazem o uso prejudicial de psicoativos ⁽¹⁷⁾.

O Ministério da Saúde define como estratégias de redução de danos: a ampliação do acesso aos serviços de saúde, por meio de trabalho de campo; a distribuição de insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas; a elaboração e distribuição de materiais educativos para usuários de álcool e outras drogas ⁽¹⁸⁾.

Com a inserção da Estratégia de RD na atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, houve uma alteração na disponibilização dos recursos para as ações de RD. Até o ano de 2002, era responsabilidade da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids (CN-DST/AIDS), a partir do ano de 2003, esta responsabilidade ficou a cargo dos estados e municípios. Por conta disso, houve uma desarticulação das ações de RD em todo o Brasil. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2003, o Brasil contabilizava 279 PRD's, em 2005, o número de PRD's contabilizados no país era de 136, grande parte, com equipes constituídas de autônomos e voluntários e ainda dependentes de recursos federais ⁽¹⁹⁾.

Se por um lado, houve o enfraquecimento dos PRD's que desenvolviam ações de RD diretamente com os usuários de drogas, por outro, houve a institucionalização da RD enquanto estratégia de cuidado na atenção integral aos usuários de drogas.

Através da Portaria GM/MS Nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, o Ministério da Saúde redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Essa portaria propõe o cuidado aos usuários de drogas nos diferentes componentes do SUS, na atenção básica; nos CAPS-AD, ambulatoriais e outras unidades extra-hospitalares especializadas; nos hospitais de referência; e na rede de suporte social (associações

de ajuda mútua e entidades da sociedade civil). Nesse contexto, pela experiência bem-sucedida no cuidado aos UDI's, a perspectiva da RD é preconizada enquanto estratégica para o êxito das ações desenvolvidas no âmbito do SUS ⁽²⁰⁾.

Neste mesmo sentido, o Ministério da Saúde no ano de 2005 lança a Portaria GM/MS Nº 1.028, a qual define que a Redução de Danos sociais e à saúde decorrente do uso de drogas que causem dependência, se desenvolva por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo ⁽²¹⁾.

Com a Lei de Drogas nº 11.343 de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), a RD é reafirmada enquanto estratégia de saúde pública. O artigo 18º estabelece que cabe ao SISNAD regulamentar as atividades que visem à RD e riscos sociais e à saúde ⁽²²⁾.

Nesse mesmo ano de 2006, na Comissão de Drogas Narcóticas do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas em Viena, o Brasil reafirma a eficácia da estratégia de prevenção e controle da epidemia de HIV/AIDS e outras infecções transmitidas pelo sangue baseada na RD, bem como reafirma também a manutenção das iniciativas de RD como parte da estratégia de redução da demanda na Política Nacional sobre Drogas ⁽²³⁾.

No ano de 2009, o Governo Federal lançou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD) com as seguintes finalidades: Ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS); diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas ⁽²⁴⁾.

No ano de 2010, com o aumento da visibilidade e consumo de crack, foi lançado pelo Governo Federal o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack

e outras Drogas. Este é o último plano apresentado pelo Governo que apresenta dentre os objetivos: capacitar de forma continuada, a partir da perspectiva da RD, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas, e para tal, propõe a criação das Escolas de Redutores de Danos (ERD's) do SUS e os Centros Regionais de Referências – CRR's ⁽²⁵⁾.

Ao longo da história da Redução de Danos no Brasil, transformações aconteceram nas instituições que desenvolvem e/ou desenvolveram os projetos de RD, e nas ações executadas a partir desta perspectiva de abordagem. Diante disso, e entendendo a importância das instituições que desenvolveram ações ao longo desta história, este trabalho visa realizar uma revisão de literatura dos artigos que utilizaram o banco de dados das ações desenvolvidas pelos Programas/ Projetos de Redução de Danos no período entre 1995 – 2014, com o intuito de identificar: o projeto/programa fonte dos dados da pesquisa, onde está localizado, o público-alvo dos artigos e o período de coleta dos dados.

2 METODOLOGIA

Para responder à questão do estudo e alcançar os objetivos propostos, optou-se por realizar uma revisão sistemática da literatura, no intuito de verificar o conhecimento produzido sobre o tema em questão.

A revisão sistemática como uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema ⁽²⁶⁾. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. Diante disso, foram seguidas as seguintes etapas para o processo de coleta de dados: 1. Definição das palavras-chaves e estratégias de busca; 2. Identificação das bases de dados a serem consultadas; 3. Estabelecimento

dos critérios para seleção dos artigos; 4. Sintetização das informações disponibilizadas pelos artigos que foram incluídos.

Na coleta dos dados buscou-se coletar artigos que possibilitassem obter informações sobre os Projetos em Redução de Danos desenvolvidos a partir do início dos Programas de Redução de Danos (PRD) no ano de 1995. Para tal, foram utilizados os seguintes descritores, pesquisados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): *Projeto* (Conjunto de atividades inter-relacionadas com início e fim definidos e que utiliza recursos limitados para atingir determinado objetivo); *Redução de Danos* (Aplicação de métodos designados para reduzir o risco de danos associados com certos comportamentos sem redução na frequência destes comportamentos. Os comportamentos associados aos riscos incluem os tipos viciadores contínuos e ativos) e *Usuários de Drogas* (Pessoas que consomem drogas sem intenção terapêutica ou médica. As drogas podem ser legais ou ilegais, mas seu uso frequentemente resulta em consequências médicas, legais e/ou sociais adversas).

Os dados foram coletados durante o mês de abril de 2015, no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se as bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line

(Medline) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs).

Realizou-se a busca dos artigos, nas bases eletrônicas através da combinação dos descritores pesquisados nos DeCS na seguinte ordem: Projeto and Redução de Danos (67 trabalhos publicados. Destes foram selecionados por Título 29 trabalhos); Projeto and Usuários de Drogas (89 trabalhos publicados. Destes foram selecionados por Título 46 trabalhos); Redução de Danos and Usuários de Drogas (169 trabalhos publicados. Destes foram selecionados por Título 80 trabalhos); e Projeto and Redução de Danos and Usuários de Drogas (19 trabalhos publicados. Destes foram selecionados por Título 14 trabalhos). Ao fim da etapa de seleção dos artigos por título foram selecionados 155 artigos.

Para tal foram lidos todos os resumos dos trabalhos selecionados, excetuando nesta etapa os trabalhos repetidos em mais de uma combinação de descritores. Foram selecionados 45 trabalhos. Em seguida excluiu-se os trabalhos publicados em outros formatos (monografias, dissertações e teses). Por fim, foram selecionados artigos completos e disponíveis para acesso na base de dados das revistas eletrônicas. Desta forma foram selecionados 10 artigos completos e disponíveis expostos no quadro abaixo.

CÓDIGO DE REFERÊNCIA	TÍTULO	AUTOR/ES	PERIÓDICO E ANO DE PUBLICAÇÃO
(Deslandes et al, 2002) (27)	As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis.	Deslandes, Suely Ferreira; Mendonça, Eduardo Alves; Caiaffa, Waleska Teixeira; Doneda, Denise	Cad. Saúde Pública 2002
(Nardi et al, 2005) (28)	Marginalidade Ou Cidadania? A Rede Discursiva Que Configura O Trabalho Dos Redutores De Danos	Henrique Caetano Nardi; Rafaela de Quadros Rigoni	Rev. Psicologia em Estudo 2005
(Gregis et al, 2006) (29)	Processo De Competência Cultural Nos Cuidados De Enfermagem A Usuários De Drogas Injetáveis No Projeto De Redução De Danos De Porto Alegre - Brasil	Cristiano Gregis; Jussara Gue Martini	SMAD Rev. Eletrônica Saúde Mental e Álcool e Drogas 2006

(Delbon et al, 2006) (30)	Avaliação da disponibilização de Kits de redução de danos	Fabiana Delbon; Vera Da Ros; Elza Maria Alves Ferreira	Rev. Saúde e Sociedade 2006
(Ferreira et al, 2006) (31)	Usuários de drogas injetáveis que são (in) consciente de seu status sorológico do HIV : resultados do estudo multicêntrico AjUDE -Brasil II	Ferreira, Aline Dayrell; Caiaffa, Waleska Teixeira; Bastos, Francisco I; Mingoti, Sueli Aparecida	Cad Saude Publica 2006
(Mingoti et al, 2006) (32)	A técnica de captura e recaptura para estimar o tamanho da população de usuários de drogas injetáveis atendidos por programas de troca de seringas : Projeto AjUDE -Brasil	Mingoti, Sueli Aparecida; Caiaffa, Waleska Teixeira.	Cad Saude Publica 2006
(Filho et al, 2009) (33)	Redução De Danos E Saúde Da Família: Conhecimento De Profissionais De Saúde Em Três Regionais Do DF/Brasil	Daniel Landi Filho; Otávia Daniele Silva Araújo; Rafael de Oliveira Cavalcante; Suellen Santos Mendes; Ubirajara José Picanço de Miranda Junior	Com. Ciências Saúde. 2009
(Souza et al, 2011) (34)	A Abordagem De Redução De Danos Em Espaços Educativos Não Formais: Um Estudo Qualitativo No Estado Do Rio De Janeiro, Brasil	Souza, Kátia Mendes de; Monteiro, Simone	Rev. Interface - Comunicação, Saúde, Educação 2011
(Macerata, 2013) (35)	Experiência POP RUA: Implementação do “Saúde em Movimento nas Ruas” no Rio de Janeiro, um Dispositivo Clínico/ Político na Rede de Saúde do Rio de Janeiro	Iacã Machado Macerata	Rev. Polis e Psiquê 2013
(Cruz et al, 2014) (36)	Vivências De Mulheres Que Consomem Crack	Vania Dias Cruz, Michele Mandagará de Oliveira, Valéria Cristina Christello Coimbra, Luciane Prado Kantorski.	Rev. Rene 2014

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos selecionados, foram analisados e organizados, seguindo os critérios estabelecidos nos

objetivos específicos a saber: Identificar os projetos/programas que são fonte dos dados das pesquisas; o local de coleta dos dados das pesquisas;

o público-alvo das pesquisas realizadas; e o período de coleta dos dados.

3.1 PROJETOS E PROGRAMAS

Com relação aos projetos e programas foram identificados: os Programas de Redução de Danos (PRD's), o Projeto Saúde em Movimento nas Ruas (SMR) e o Projeto Saúde e Drogas. Os PRD's foram instituições que desenvolveram ações de RD com os seguintes objetivos: identificar e mapear os locais onde convivem grupos de maior vulnerabilidade, susceptíveis a um maior risco de contrair doenças infecto-contagiosas, em especial DST/HIV (usuários de drogas, profissionais do sexo, moradores de rua, etc.); Realizar busca ativa nas áreas identificadas como prioritárias com distribuição de "kits" com materiais descartáveis para uso seguro de drogas injetáveis e inaláveis; Distribuir materiais educativos sobre as formas de consumo de drogas e os riscos e danos associados a cada uso; Encaminhar para os serviços de saúde; Distribuir preservativos, folders e cartilhas com instruções sobre a prática sexual segura ^{(27), (28), (29) (30), (31), (32), (33) e (36)}. O Projeto Saúde em Movimento nas Ruas (SMR) é um serviço que oferece atendimento clínico e ambulatorial e dá suporte à rede da atenção básica, com equipe composta por Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde - Rua (ACS - RUA) e Odontólogo, em articulação, com uma equipe multiprofissional de saúde mental composta de Psicólogo, Assistente Social e Musico-terapeuta ⁽³⁵⁾. E o Projeto Saúde e Drogas: Desenvolvimento e Avaliação de Ações Educativas em Programas Sociais, foi desenvolvido pelo Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde (LEAS) do Instituto Oswaldo Cruz, através de uma instância pública de produção de conhecimento científico, a Fundação Oswaldo Cruz ⁽³⁴⁾.

Público Alvo

Nos artigos selecionados observou-se a existência de cinco categorias distintas, enquanto públi-

co alvo: o usuário de drogas atendido pelas instituições de RD; profissionais da Atenção Básica; educadores sociais; agente redutor de danos; e enfermeiros. A maioria dos artigos (seis), descrevem o usuário de drogas, enquanto público alvo da pesquisa: dentre esses artigos, quatro, utilizaram como público alvo para a coleta de dados da pesquisa o usuário de cocaína injetável, também conhecido como Usuário de Drogas Injetáveis (UDI) ^{(27) (30) (31) (32)}. Um artigo descreveu enquanto público alvo os usuários no contexto da rua (adultos, jovens e crianças que vivem em situação de rua), famílias residentes de ocupações em prédios abandonados, profissionais do sexo, trabalhadores de rua, dentre outros ⁽³⁵⁾. E um artigo apresentou enquanto público alvo algumas mulheres usuárias de crack ⁽³⁶⁾. Um artigo apresenta enquanto público alvo da pesquisa 171 profissionais do Programa Saúde da Família (PSF): Médicos, Odontólogos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem, Técnicos de Higiene Bucal e Agentes Comunitários de Saúde ⁽³³⁾. Um artigo abordou os educadores sociais de quatorze organizações não governamentais que atuavam no desenvolvimento e avaliação de programas educativos sobre: saúde, drogas e temas afins na educação não-formal de adolescentes e jovens ⁽³⁴⁾. Um apresenta enquanto público alvo de sua pesquisa o Agente Redutor de Danos, em uma proposta de refletir a respeito do trabalho dos redutores de danos, questionando como as formações discursivas sobre HIV/AIDS e drogas, na sociedade contemporânea, atravessam a subjetividade e o trabalho do Redutor de Danos ⁽²⁸⁾. E por fim, um outro artigo descreve enquanto público alvo de sua pesquisa o profissional de Enfermagem no cuidado aos UDI's. A partir da organização desses dados, percebe-se que os artigos demonstram uma pluralidade no público atendido pelas instituições de RD, tanto na ação direta com o usuário de drogas injetáveis e crack, quanto em ações de formação com os profissionais de saúde. Esses dados permitem uma compreensão mais ampliada sobre o campo da RD e apontam para a importância da variedade na escolha do público a ser pesquisado, visto que, quanto maior a diversidade de olhar so-

bre qualquer objeto de pesquisa, mais ampla será a compreensão sobre o fenômeno.

3.2 LOCAL

Para tal análise tomou-se como parâmetro a divisão regional do território brasileiro: Sul, Sudeste, Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Portanto, os artigos selecionados nesta pesquisa, utilizam-se dos dados de Programas e Projetos de RD de diferentes regiões do Brasil. A região Sul, enquanto base de dados para as pesquisas, aparece como a mais acessada pela maioria dos artigos selecionados, foram utilizados dados dos PRD's de Porto Alegre/RS, Gravataí/RS, Pelotas/RS, Florianópolis/SC e Itajaí/SC ^{(27) (28) (29) (30) (31) (36)}. Em seguida apareceu a região Sudeste como a segunda região em número de instituições de RD com o banco de dados acessados: utilizou-se os dados dos PRD's de São Paulo/SP, São José do Rio Preto/SP, Sorocaba/SP e Rio de Janeiro/RJ ^{(27) (30) (31) (32) (34) (35)}. Dois artigos utilizaram o banco de dados de uma Instituição de RD na região Nordeste, o PRD-CETAD no município de Salvador/BA ^{(31) (32)}. A região Centro-Oeste apareceu em um artigo, através do PRD de Brasília com atividade junto aos profissionais da Atenção Básica nos municípios de Gama/DF, Recanto das Emas/DF e Guará/DF ⁽³³⁾. Nessa análise apenas a região Norte não apresentou instituição de RD com dados acessados. Diante desses dados, há uma prevalência das instituições de RD nas regiões Sul e Sudeste, o que pode indicar para o fortalecimento político dos grupos que se orientam pela RD nestes locais. Dentre os estados, o destaque ficou por conta do Rio Grande do Sul, o que aponta para a força da perspectiva da RD neste estado. A região Nordeste é descrita apenas em dois artigos com dados de ações do PRD CETAD em Salvador/Ba, instituição pioneira na execução do Programa Troca de Seringas (PTS) financiado pela Coordenação Nacional de DST/Aids do Estado brasileiro. A região Centro Oeste é representada pelo PRD-Brasília, no processo de formação dos profissionais de saúde e assistência social. O destaque para essa ação diz respeito ao processo de fortalecimento da rede de

cuidado e atenção integral aos usuários de drogas, visto que, essa ação se destinou aos profissionais da atenção básica. A região Norte é a única que não tem instituições objetos de análise pelos artigos, este fato pode apontar para uma ausência de instituições e/ou projetos na perspectiva da RD, ou para a ausência de produção científica com os dados das ações desenvolvidas nessa região.

3.3 PERÍODO

Os artigos selecionados na pesquisa utilizam dados coletados em diferentes momentos da história da RD no Brasil, utilizando-se de dados dos Programas e Projetos de RD no período composto entre os anos de 1998 – 2014. Dentre os artigos, oito apresentaram o período de coleta dos dados: um artigo utilizou os dados coletados com os usuários de UDI no ano de 1998 ⁽²⁷⁾, um utilizou os dados no período entre 1998-2000 ⁽²⁹⁾, dois artigos coincidem no mesmo período de coleta de dados 2000 – 2001 ^{(31) (32)}, outro utiliza os dados coletados no período de 2003-2004 ⁽³⁰⁾, um utiliza dados coletados no período de 2006-2007 ⁽³⁴⁾, outro analisa os dados coletados no ano de 2010 ⁽³⁵⁾ e um outro coletou os dados da pesquisa no ano de 2012 ⁽³³⁾. Apenas dois artigos não disponibilizaram o período de coleta dos utilizados na pesquisa ^{(28) (36)}. Diante dos dados organizados nesse tópico, tomou-se como referência os dois momentos distintos de financiamento para as instituições de RD no país apresentados na revisão de literatura anteriormente apresentada, a saber: o primeiro período compreendido entre 1995-2003 através de recursos centralizados pela CN-DST/AIDS e o segundo período, a partir de 2004 a partir da descentralização dos recursos para as ações de RD que passaram a ser disponibilizados pelos estados e municípios. Diante disso, os PRD's com banco de dados acessados entre os anos de 1995 e 2003 (CN-DST/AIDS) apresentam as ações diretamente voltadas para o usuário de drogas, especificamente para os usuários de drogas injetáveis. A partir da implementação da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas em 2004 se percebe

um decréscimo na produção científica citando os PRD's, esse fato pode apontar para um declínio no uso de drogas injetáveis e nas ações voltadas para esse público. A partir do ano de 2004 também são relatadas novas instituições que atuam com RD na atenção direta com o usuário de crack (cocaína fumada) e também, não menos importante, com a formação e transmissão da tecnologia de cuidado da RD para os profissionais da atenção básica na tentativa de inserir os usuários de drogas nesse nível de atenção.

4 CONCLUSÃO

Chamou a atenção na pesquisa com os projetos e programas de Redução de Danos a pouca produção científica descrevendo ou analisando as ações. Durante o período abarcado pela pesquisa, as ações de RD não deixaram de ser desenvolvidas, tanto com os PRD's ou com os Projetos e Instituições de RD, que substituíram os PRD's. Da mesma forma, o público alvo das ações também se modificou durante este período, no início eram os UDI's, depois passou-se aos profissionais da atenção básica e aos usuários de crack, o que demonstra uma variedade de ações desenvolvidas ao longo do período. Entretanto, ao se consultar os bancos de dados das revistas científicas, essas ações e projetos não tiveram seus dados revertidos em pesquisa e publicações. Um exemplo disto é o fato de que no ano de 2003 o país possuía 279 PRD's em atividade, mas no levantamento realizado para este trabalho, só foram identificados artigos científicos com dados de apenas 10 PRD's.⁽¹⁹⁾

Outro aspecto aqui levantado é para o fato de que apesar da estratégia de RD ter sido implementada a partir da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, ainda existe uma dependência da sensibilidade e apoio dos gestores políticos no direcionamento dos recursos para as ações. Quando políticos, não tão sensíveis a RD, assumem o governo, o que se observa é a suspensão e até mesmo extinção dos projetos, programas e ações. Na história da RD esse fato foi

observado com os PRD's, instituições responsáveis por desenvolver as ações no início da RD no Brasil, que tiveram seu número diminuído drasticamente a partir da descentralização dos recursos da CN-DST/AIDS para os estados e municípios no ano de 2004.

No panorama internacional, a discussão em torno do debate das drogas vem apontando para novas possibilidades de relação do estado com as drogas e também com os usuários. As recentes transformações nas legislações de países como Portugal, Suíça, Uruguai e de 23 estados nos EUA têm apontado para um deslocamento do campo jurídico/criminal para o campo da saúde, e isto tem impacto direto na relação da sociedade com as drogas e com os usuários. Aqui no Brasil, também se abrem novos horizontes com a possibilidade de descriminalização do porte e uso de todas as drogas através de julgamento iniciado no ano de 2015 no Supremo Tribunal Federal (STF).

Por fim, é de fundamental importância para a estratégia de RD que os projetos e programas que desenvolvem ações de atenção e cuidado aos usuários de drogas possam produzir a partir dos dados oriundos das ações. Isso se faz necessário a fim de se evitar a perda de informações sobre as diferentes experiências de RD desenvolvidas ao longo dos anos, e por possibilitar o compartilhamento dessas experiências com os profissionais formados e referenciados pela estratégia de RD, bem como, com a sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS

1. CARNEIRO, Henrique Soares. As Drogas: objeto da Nova História. Revista da USP, São Paulo, n. 23 (dez/jan/fev/1995), pp.84-91.
2. ESCOHOTADO, Antonio. História geral das drogas. Ed. Antígona, 2004.
3. MACRAE, Edward. Antropologia: Aspectos sociais, Culturais e Ritualísticos. In: Dependência de Drogas, Seibel, S. D., Toscano Jnr.,^a (Eds.) São Paulo, Editora Atheneu, 2001, pp25-34.

4. AGRA, Candido. Droga: dispositivo crítico para um novo paradigma. Gabinete da Presidência da República de Portugal, 1996.
5. OLIEVENSTEIN, Claude. A droga: drogas e toxicômanos. São Paulo: Brasiliense, 1988.
6. ZINBERG, N. Drug, Set and Setting: the basis for controlled intoxicant use. New York: Yale University Press, 1984.
7. GUANABARA, Luiz Paulo. Nova Lei de Drogas: Avanços e Limitações. Em: Uma Guerra Sem Sentido, Drogas e Violência no Brasil. Revista Drogas e Conflito, Nº 11, Novembro de 2004.
8. ANDRADE, Tarcísio Matos de. Redução de danos: um novo paradigma? In: ALMEIDA, Alba Riva; NERY FILHO, Antonio; MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; FERREIRA, Olga Sá (Orgs.). Drogas: tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004.
9. DIAS, Rafael. Do asilo ao CAPSad: lutas na saúde, biopoder e redução de danos. 2008. 158f. Dissertação de Mestrado Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2008.
10. BASTOS, Francisco Inácio. Redução de Danos e Saúde Coletiva: Reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira. In Cristiane Sampaio e Marcelo Campos (org.). Drogas, dignidade e inclusão social. A lei e a prática de redução de danos. Rio de Janeiro: ABORDA, 2003, pp. 15- 44.
11. ARAUJO, Fábio. Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico. Rio de Janeiro: Eletrônica, 2006.
12. BRASIL. Manual de Redução de Danos. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Saúde e Cidadania. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
13. CONTE, Marta. Psicanálise e Redução de Danos: Articulações Possíveis? Trabalho apresentado na Jornada Clínica da APPOA 2003 " A direção da Cura nas Toxicomanias: o sujeito em questão".
14. PORTAL TERRA. Disponível em <http://noticias.terra.com.br/mundo/legalizacao-pena-de-morte/>. Acessado em 09 de setembro de 2015.
15. MESQUITA, Fábio. Perspectivas das estratégias de Redução de Danos no Brasil. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio (Orgs.). Drogas e AIDS: estratégias de Redução de Danos. São Paulo: Hucitec, 1994.
16. ANDRADE Tarcísio Matos de; DOURADO, Maria Ines; FARIAS, Alessandro Henrique e CASTRO, Bernardo Galvão. Redução de danos e redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador-Bahia. Ministério da Saúde - Série Avaliação 8 - A Contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil, 2006.
17. RIBEIRO, Cinara Teixeira. O Tratamento para Usuários de Drogas em uma Instituição Orientada pela Redução de Danos: Perspectivas a partir da Psicanálise. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.
18. RIGONI, Rafaela de Quadros. Assumindo o Controle: Organizações, práticas e a experiência de si em trabalhadores da Redução de Danos na região metropolitana de Porto Alegre. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
19. ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre a política de drogas no Brasil. Revista Ciência e Saúde coletiva vol.16 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2011.
20. BRASIL. Portaria Nº 2.197, de 14 de outubro de 2004.
21. BRASIL. Portaria Nº 1.028/gm de 1º de julho de 2005.
22. BRASIL. Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da República do Brasil. Poder Executivo. Brasília-DF, 24 ago, 2006.
23. BRASIL. Redução de danos como estratégia de saúde pública: intervenção brasileira. In:

- Comissão de Drogas Narcóticas - 49ª Sessão.
<http://www.aids.gov.br/data/documents>, 2006.
24. BRASIL. Portaria Nº 1.190, de 4 de junho de 2009.
 25. BRASIL. Decreto nº 7.637. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, de 8 de dezembro de 2011.
 26. SAMPAIO, R.F; MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. bras. Fisioter*, 2007, vol. 11, nº 1, p. 83-89.
 27. DESLANDES, Suely Ferreira; Mendonça, Eduardo Alves; Caiaffa, Waleska Teixeira E Doneda, Denise. As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. *Cad. Saúde Pública*, 2002.
 28. NARDI, Henrique Caetano; Rafaela de Quadros Rigoni. Marginalidade Ou Cidadania? A Rede Discursiva Que Configura O Trabalho Dos Redutores De Danos. *Rev. Psicologia em Estudo*, 2005.
 29. GREGIS, Cristiano; Jussara Gue Martini. Processo De Competência Cultural Nos Cuidados De Enfermagem A Usuários De Drogas Injetáveis No Projeto De Redução De Danos De Porto Alegre. *SMAD Rev. Eletrônica Saúde Mental e Álcool e Drogas*, 2006.
 30. DELBON, Fabiana; Vera Da Ros; Elza Maria Alves Ferreira. Avaliação da disponibilização de Kits de redução de danos. *Rev. Saúde e Sociedade*, 2006.
 31. FERREIRA, Aline Dayrell; Caiaffa, Waleska Teixeira; Bastos, Francisco I; Mingoti, Sueli Aparecida. Usuários de drogas injetáveis que são (in) conscientes de seu status sorológico do HIV : resultados do estudo multicêntrico AJUDE -Brasil II. *Cad Saude Publica*, 2006.
 32. MINGOTI, Sueli Aparecida; Caiaffa, Waleska Teixeira. A técnica de captura e recaptura para estimar o tamanho da população de usuários de drogas injetáveis atendidos por programas de troca de seringas : Projeto AJUDE -Brasil. *Cad Saude Publica*, 2006.
 33. FILHO, Daniel Landi; Otávia Daniele Silva Araújo; Rafael de Oliveira Cavalcante; Suellen Santos Mendes; Ubirajara José Picanço. Redução De Danos E Saúde Da Família: Conhecimento De Profissionais De Saúde Em Três Regionais Do DF/Brasil de. Miranda Junior. *Com. Ciências Saúde*, 2009.
 34. SOUZA, Kátia Mendes de; Monteiro, Simone. A Abordagem De Redução De Danos Em Espaços Educativos Não Formais: Um Estudo Qualitativo No Estado Do Rio De Janeiro, Brasil. *Rev. Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2011.
 35. MACERATA, Iacã Machado. Experiência POP RUA: Implementação do "Saúde em Movimento nas Ruas" no Rio de Janeiro, um Dispositivo Clínico/Político na Rede de Saúde do Rio de Janeiro. *Rev. Polis e Psiquê*, 2013.
 36. CRUZ, Vania Dias; Michele Mandagará de Oliveira, Valéria Cristina Christello Coimbra, Luciane Prado Kantorski. Vivências De Mulheres Que Consomem Crack. *Rev. Rene*, 2014.