

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CRISTINE MORAES ROOS

**AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS VOLTADAS PARA USUÁRIOS DE DROGAS:
uma revisão integrativa**

Porto Alegre

2011

CRISTINE MORAES ROOS

**AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS VOLTADAS PARA USUÁRIOS DE DROGAS:
uma revisão integrativa**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas, avaliação e atenção em saúde e enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Porto Alegre

2011

Catálogo na publicação: Biblioteca da Escola de Enfermagem – UFRGS
Ficha Catalográfica

R781a Roos, Cristine Moraes

Ações de redução de danos voltadas para usuários de drogas: uma revisão integrativa – [manuscrito] / Cristine Moraes Roos. – 2011.

96 f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011.

Orientação: Jacó Fernando Schneider

1. Redução do dano 2. Usuários de drogas 3. Políticas públicas I. Schneider, Jacó Fernando II. Título

NLM WM270

CRISTINE MORAES ROOS

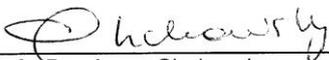
Ações de redução de danos voltadas para usuários de drogas: revisão integrativa.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 04 de abril de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider
Presidente da Banca -- Orientador
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Agnes Olschowsky
Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Christine Wetzel
Membro da banca
EENF/UFRGS



Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta
Membro da banca
UFCSPA

*É preciso muito senso estético, político, ético, clínico, demiúrgico até, para desmontar essa disjuntiva infernal. Necessitamos de muito espírito aventureiro para ir forjando asas, tanto no interior de uma instituição como fora dela, que nos permitam 'a nós e a nossos pacientes' escapar a essa violência binária, que consiste em ter que optar sempre seja por um precipício abissal, seja pelo suave paraíso asséptico de uma estranha saúde, saúde sem desejo de asas, nem um devir-anjo
(Peter Pál Pelbart, A nau do Tempo Rei).*

AGRADECIMENTOS

Espero que esse agradecimento sirva como forma de compartilhar, com todas as pessoas que se envolveram com esse projeto de mestrado, os méritos que me foram concedidos. No entanto, não posso deixar de mencionar e agradecer os principais responsáveis por cada etapa cumprida nesses dois anos.

A começar, aos meus Pais, Lenize e Nelson, que me apoiaram e acreditaram no caminho que escolhi seguir, que compartilharam de todos os momentos nesta caminhada me ensinando desde sempre o valor do trabalho e a importância da formação, dedicando toda sua vida e imenso afeto para que encarasse os desafios como conquistas. Obrigada pelas demonstrações de amor incondicional, principalmente nos momentos de desespero.

Ao Professor Orientador Jacó, obrigada por confiar em mim e em meu trabalho, por abrir portas e por ter me acolhido e me concedido a oportunidade de fazer o mestrado no tema e método de meu interesse. Tuas contribuições ultrapassaram a questão acadêmica. Através de teu exemplo como educador, tu me ensinou que, as vezes, o maior obstáculo pode ser superar nossos próprios limites. E ainda, por não se cansar de dizer de maneira generosa: “Cris Roos: tu p-r-e-c-i-s-a FOCAR!!!”

A professora Christine pelo olhar doce, sorriso afetuoso e palavras de incentivo, sempre pertinentes e nos momentos mais ‘caosmóticos’. A professora Agnes, pelo carinho de querer saber como eu estava ‘me sentindo’, diversas vezes, e pela flexibilidade em compreender minhas limitações e ausências.

Muito obrigada a amiga-colega-mãe Eunice, minha irmã de coração e companheira de “facção das boinas vermelhas”, um presente que o mestrado me deu, pela disponibilidade

e por ter me reservado um espaço em seu coração (e em seu desktop também!). A tua ajuda foi fundamental para que meus conhecimentos tomassem forma de idéias.

Obrigada aos colegas do mestrado Juliana e Isaquiel, Melissa e Raquel, e do doutorado, Márcio e Cíntia, que me levaram a refletir por pontos de vista diferentes do meu e pela amizade presente e constante.

Aos amigos e ao meu tio Laerte, que me serviram de alteridade, ajudando que eu conseguisse vivenciar muito mais coisas na vida além de trabalho e estudo.

Aos professores e funcionários do PPGENF, obrigada por todos os dias se empenharem para dar condições ao desenvolvimento do trabalho.

A todos os usuários da Saúde Mental que são a razão maior desta pesquisa e de todo e qualquer trabalho que eu possa vir a desenvolver, especialmente aos amigos da Associação de Saúde Mental de Ijuí (ASSAMI) e da Casa AMA.

A CAPES pelo apoio financeiro através da concessão da bolsa de estudos.

Ao meu Deus e aos meus dois Anjos da Guarda, por fortalecerem com fé esse meu espírito de pesquisadora que muitas vezes teimou em sucumbir as circunstâncias da vida.

RESUMO

Roos, Cristine Moraes. **Ações de redução de danos voltadas para usuários de drogas:** uma revisão integrativa. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011. p. 96. (Dissertação, mestrado em enfermagem).

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura baseada em Cooper, que objetivou conhecer e identificar as ações de redução de danos voltadas para os usuários de drogas em artigos publicados em periódicos científicos. Para a coleta dos dados foram utilizados os descritores redução de danos, políticas públicas e transtornos relacionados ao uso de substâncias, nos idiomas português, inglês e espanhol, nas bases de dados da Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *National Library of Medicine- USA* (MedLine) e na Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD). Os critérios de inclusão foram: artigos que contemplem a temática da área de redução de danos, tanto questões teóricas, políticas quanto práticas, completos, disponíveis *on-line*, gratuitos e publicados no período de 2005 a 2010. Este trabalho evidenciou uma predominância de estudos enfocando questões referentes a prática da redução de danos em contextos diversos, além de ainda existirem muitos entraves e embates éticos, ideológicos e políticos. Os achados foram ordenados em três categorias: Políticas Públicas, Aspectos Teóricos e Éticos e Ações de Redução de Danos, que indicaram alguns aspectos fundamentais resultantes das práticas voltadas para os usuários de drogas, como por exemplo, a promoção do protagonismo e responsabilidade individual, penal, liberdade de escolha, descriminalização, diversificação das modalidades de atendimento, objetivos e direção dos tratamentos, qualificação na interface da saúde e da lei e dispositivos de saúde sócio-culturais (esporte, lazer, cultura, trabalho), no compasso com os princípios e as diretrizes do SUS, ou seja, a flexibilidade desta diretriz de trabalho permitiu um diálogo maior com diferentes instâncias (intersetorialidade), ressignificando e ampliando o debate sobre o tema, pautado pela ética e pelo respeito as subjetividades.

Descritores: redução do dano, políticas públicas, transtornos relacionados ao uso de substâncias, saúde mental, enfermagem.

ABSTRACT

Roos, Cristine Moraes. **Actions at harm reduction for drug users:** integrative review. Porto Alegre: Federal University of Rio Grande do Sul, 2011. p. 96. (Thesis, Master of Nursing).

It is an integrative literature review based on Cooper, which aimed to find and identify actions aimed at harm reduction for drug users in articles published in scientific journals. To collect the data descriptors were used to harm reduction, public policies and disorders related to substance use, in Portuguese, English and Spanish, in the databases of the Latin American and Caribbean Center on Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine, USA (Medline) and the Electronic Journal of Mental Health, Alcohol and Drugs (SMAD). Inclusion criteria were: articles that address the thematic area of harm reduction, both theoretical issues, policies and practices, complete, available online, free and published in the period 2005 to 2010. This work showed a predominance of studies focusing on issues concerning the practice of harm reduction in diverse contexts, and there are still many barriers and ethical conflicts, ideological and political. Findings were sorted into three categories: Public Policy, and Ethical Aspects, Theoretical and Actions Harm Reduction, which indicated some key issues arising from practices for drug users, such as promoting individual responsibility and leadership, criminal , freedom of choice, decriminalization, diversification of modes of attendance, objectives and direction of the treatments, qualifying at the interface of health and health law and by socio-cultural (sport, leisure, culture and work), in step with the principles and the guidelines of the SUS, or the flexibility of this work direction allowed a larger dialogue with different bodies (intersectoral) and redefines the expanding debate on the subject, based on ethics and respect for the subjectivity.

Keywords: harm reduction, public policy, disorders related to substance use, mental health. nursing.

RESUMEN

Roos, Cristine Moraes. **Actuaciones dirigidas a la reducción de daños para usuarios de drogas: una revisión integradora.** Porto Alegre: la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, 2011. p. 160. (Tesis, Maestría en Enfermería).

Se trata de una revisión integradora de la literatura sobre la base de Cooper, que tuvo como objetivo conocer e identificar las acciones encaminadas a la reducción de daños para usuarios de drogas en los artículos publicados en revistas científicas. Para recoger los descriptores de datos se utilizaron para la reducción del daño, las políticas públicas y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, en Portugués, Inglés y Español, en las bases de datos del Centro Latinoamericano y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Nacional de Medicina, EE.UU. (Medline) y la Revista Electrónica de Salud Mental, Alcohol y Drogas (SMAD). Los criterios de inclusión fueron: artículos que abordan el área temática de reducción de daños, tanto en cuestiones teóricas, políticas y prácticas, completa, disponible en línea, libre y publicados en el periodo 2005 a 2010. Este trabajo muestra un predominio de estudios centrados en las cuestiones relativas a la práctica de reducción de daños en diversos contextos, y todavía hay muchas barreras y conflictos éticos, ideológicos y políticos. Los resultados fueron clasificados en tres categorías: Políticas Públicas y Aspectos éticos, teóricos y acciones de reducción de daños, lo que indica algunas cuestiones importantes que surjan de las prácticas para los usuarios de drogas, como la promoción de la responsabilidad individual y el liderazgo, penal, la libertad de elección, la despenalización, la diversificación de los modos de asistencia, los objetivos y la dirección de los tratamientos, clasificación en la interfaz de la ley de salud y de la salud y socio-culturales (deporte, ocio, cultura y trabajo), en consonancia con los principios y las directrices del SUS, o la flexibilidad de esta dirección de trabajo permitió un diálogo más amplio con los diferentes órganos (intersectoriales) y redefine el debate ampliar sobre el tema, basado en la ética y el respeto de la subjetividad.

Palabras claves: reducción del daño, políticas públicas, trastornos relacionados con el consumo de sustancias, salud mental, enfermería.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Estratégias de Busca utilizadas nas Bases de Dados LILACS e MEDLINE. Porto Alegre, 2011.....	44
Quadro 2	Estratégias de Busca utilizadas nas Bases de Dados SciELO e na Revista SMAD. Porto Alegre, 2011.....	45
Quadro 3	Fluxograma da Coleta de dados e a seleção dos artigos. Porto Alegre, 2011.....	48
Quadro 4	Quadro Sinóptico dos artigos incluídos para a revisão integrativa, conforme codificação, dados de publicação e objetivos. Porto Alegre, 2011.....	49
Quadro 5	Ações de redução de danos, conforme categorias de análise e discussão. Porto Alegre, 2011.....	66
Tabela 1	Distribuição dos estudos incluídos na RI conforme o periódico em que foram publicados e o respectivo QUALIS/CAPES, Porto Alegre/RS. 2011.....	58
Tabela 2	Distribuição dos estudos incluídos na RI conforme o ano de publicação, Porto Alegre/RS. 2011.....	59
Tabela 3	País de origem das publicações referentes a RI sobre as ações de redução de danos voltadas para os usuários de drogas, Porto Alegre/RS. 2011.....	60

Tabela 4	Distribuição dos estudos incluídos na RI conforme o Estado de origem, Porto Alegre/RS. 2011.....	61
Tabela 5	Distribuição dos estudos incluídos na RI conforme a formação profissional do primeiro autor, Porto Alegre/RS. 2011.....	62
Tabela 6	Distribuição dos estudos incluídos na RI conforme o método da pesquisa, Porto Alegre/RS. 2011.....	62
Tabela 7	Distribuição dos estudos incluídos na RI conforme o tema principal, Porto Alegre/RS. 2011.....	63

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	15
2.	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	19
3.	A REDUÇÃO DE DANOS.....	27
3.1	Ações de Redução de Danos.....	30
4.	OBJETIVOS.....	37
4.1	Objetivo Geral.....	37
4.2	Objetivos Específicos.....	37
5.	PERCURSO METODOLÓGICO	38
5.1	Tipo de Estudo.....	39
5.2	Etapas do Estudo.....	41
5.2.1	Formulação da Questão Norteadora	41
5.2.2	Coleta dos Dados.....	41
5.2.3	Avaliação dos Dados Coletados.....	47
5.2.4	Análise e Interpretação dos Dados.....	48

5.2.5	Apresentação dos Resultados.....	64
5.3	Considerações Éticas em Pesquisa.....	65
6.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	66
6.1	Análise e Interpretação	66
7.	SÍNTESES MOMENTÂNEAS.....	83
	REFERÊNCIAS.....	89
	APÊNDICE.....	96

INTRODUÇÃO

Minha afinidade pela Saúde Mental deu-se no início da graduação em Enfermagem, na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI), quando, em janeiro de 2001, realizei estágio voluntário junto ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Ijuí, durante um mês. Esta vivência fez com que eu percebesse a necessidade de apoio e atenção qualificados àqueles que sofrem de algum transtorno mental, bem como, a importância de os profissionais interagirem com estes indivíduos de uma maneira que potencializasse sua autonomia, mantendo o vínculo familiar e, também, promovendo sua inserção no contexto social. Além disso, esta experiência permitiu que eu percebesse o real valor da liberdade, principalmente aquelas pessoas consideradas “anormais”.

Em agosto do mesmo ano, ingressei em um Grupo de Estudos em Saúde Mental e Gerontologia (GESMG), no qual permaneci até dezembro de 2004. Este Grupo de Estudos mantém um grupo de convivência destinado a pessoas em sofrimento psíquico, realizando atividades socioterápicas em um bairro da cidade de Ijuí. Esta rica vivência despertou-me, cada vez mais, o interesse pela área da saúde mental, instigando-me na busca pelo “saber mais”, principalmente discussões acerca da luta antimanicomial, reforma psiquiátrica e atenção psicossocial, assuntos que começavam a povoar meus pensamentos. Tais experiências de vida não seriam possíveis se apenas me limitasse a participar das aulas oferecidas pelo currículo obrigatório do Curso de Enfermagem.

A Saúde Mental foi traçando o meu caminho na graduação, pois em meu Trabalho de Conclusão de Curso busquei, por meio de pesquisa qualitativa, apreender o conhecimento de

profissionais que atuam em um CAPS II sobre a Reabilitação Psicossocial. As informações obtidas junto aos sujeitos desta investigação permitiram construir uma categoria de análise que tratou sobre a concepção acerca de reabilitação psicossocial na ótica da equipe que atua em um CAPS. O estudo objetivou contribuir com as reflexões sobre novas formas de assistir a pessoa em sofrimento psíquico, tendo como baliza os pressupostos da reforma psiquiátrica⁽¹⁾.

Para enfrentar os desafios do trabalho cotidiano, a continuidade na formação profissional torna-se vital para o processo instituinte de novos modos de acolher, cuidar e tratar as pessoas em situação de transtorno mental. Os meus interesses pela saúde mental foram sendo construídos pela minha trajetória pessoal e cidadã que me trouxeram até uma Residência Integrada em Saúde Mental (ou Aperfeiçoamento Especializado em Saúde Mental), no período de Fevereiro de 2005 à Janeiro de 2007. Nos campos de atuação da Residência - CAPS da região metropolitana - enfatizou-se o desenvolvimento de práticas em abordagens que visaram evitar a internação ou re-internação, preservando as relações familiares e sociais dos usuários da rede de saúde mental. As atividades tiveram como objetivo promover reabilitação e re-inserção social dos usuários dos serviços de Saúde Mental e o trabalho em equipes interdisciplinares ampliando o modelo de atenção através da troca de saberes e a colaboração no processo de reorganização do serviço desde a mudança do perfil da demanda à reformulação de algumas atividades. Esta residência foi de dois anos de duração, tendo sido fomentada pelo Ministério da Saúde (MS), *Universitat Rovira i Virgili* – URV (Tarragona – Espanha) e Faculdade de Educação – EducaSaude – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Partindo do convênio existente entre o MS e a URV no Curso de Aperfeiçoamento Especializado em Saúde Mental, vislumbrou-se a oportunidade de vivenciar um serviço de saúde mental Espanhol. Desta forma, busquei experiências no serviço de saúde mental

européu, o que enriqueceu minha formação na área da atenção psicossocial, especialmente conhecimentos relacionados à atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

Esta experiência foi um estágio internacional de investigação, inserido na cobertura do *Postgrado de Intervención Social en Salud Mental da Universitat Rovira i Virgili*, e totalizou 180 horas. As atividades efetuadas durante este tempo consistiram no conhecimento, intercâmbio de informações e análise das experiências na Rede de Saúde Mental e Rede de Atenção as Drogodependências no Estado da Catalunia (Espanha).

Este intercâmbio mostrou-se um importante que me permitiu repensar uma prática e multiplicar as possibilidades de produção de sentido para as experiências. Ou seja, “uma nova maneira de pensar que incluía a loucura [uso de drogas] em um sentido mais alargado, com alguma positividade - talvez até como uma experiência de libertação, (...) uma nova interpretação de nós mesmos”⁽²⁾.

Tal experiência com usuários de drogas na realidade européia suscitou o desejo de continuar derivando por esses mares em outros âmbitos da pesquisa, o que culminou no meu ingresso ao curso de Mestrado em Enfermagem, no Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEnf UFRGS), onde pude vislumbrar a oportunidade de trabalhar com esta temática, focando na abordagem das ações de Redução de Danos (RD), sendo estas compreendidas como intervenções que visam minimizar as consequências adversas decorrentes do uso de drogas. A RD parte do pressuposto de que o uso de drogas existe e sempre existirá. Considera que vários usuários não irão interromper seu uso, seja porque não o querem, seja porque não o conseguem – daí a utópica idéia de um ‘mundo livre’ de drogas. A RD é composta por três princípios: de que os usuários de drogas não devem ser vistos como incapazes, o de que é possível criar um ambiente onde o uso de drogas seja menos danoso e o de que tratamentos flexíveis, que abdicam da abstinência como uma exigência também são possíveis⁽³⁾.

As ações estratégicas da RDⁱ tem a finalidade de transformar a situação de saúde (ou ir ao encontro destes) de populações que fazem parte de grupos sociais estigmatizados e vulnerabilizados (profissionais do sexo, usuários de drogas, transexuais, travestis, michês, moradores de rua). Algumas destas ações são a distribuição de seringas esterilizadas e descartáveis (minimizando índices de contaminação pelo vírus do HIV e hepatite), a substituição de uma droga por outra menos prejudicial (substituir a heroína e usar metadona), distribuição de preservativos e prevenção as doenças transmissíveis, incentivo ao protagonismo e organização destes usuários, a fim de assegurar o direito e o acesso a saúde e apoiar na busca de outros direitos sociais. Baseia-se nas diretrizes e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente o princípio de universalidade – saúde é um direito para todos⁽⁴⁾.

Para a problematização deste trabalho, a inspiração veio por meio de autores como Gilles Deleuze, Félix Guattari, Michel Foucault, Peter Pál Pelbart, Sueli Rolnik, Gregório Barenblitt, entre outros.

Baseada no exposto acima, o objetivo deste trabalho de dissertação foi, através de uma Revisão Integrativa da Literaturaⁱⁱ, *conhecer e identificar as ações de redução de danos voltadas para os usuários de drogas*, evidenciadas na literatura científica.

ⁱ Esta conceituação será discutida ao longo deste trabalho. Apresentam-se, por hora, algumas definições bastante sucintas dos mesmos.

ⁱⁱ Fazendo uma breve elucidação, a Revisão Integrativa da Literatura, é definida como um método que agrupa os resultados obtidos de pesquisas sobre o mesmo assunto, com o objetivo de sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico, no caso, Ações de Redução de Danos.

2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Penso que a direção de nosso trabalho é a aposta na saúde que fazemos através de intervenções e instituições. Por exemplo, apostamos no hospício ou em instrumentos de acompanhar que busquem a potencialização da condição de cidadania dos usuários de serviços de saúde mental, apostamos em pessoas ou nos rótulos de doente. Compreendo que intervenções e instituições produzem afetos, pois mexemos com conceitos cristalizados sobre quem é diferente e como ele é “perigoso”, o que também quer dizer que o “outro que é diferente” deve ficar longe e trancafiado, assim como cada cidadão deve ser sempre o mesmo, não mudar e “ser livre”. O contato com o “outro” possibilita dar-se conta de que além de ‘louco’ e/ou usuário de drogas e ‘perigoso’ se é alguém com uma história e vários outros “rótulos”, alguns inclusive que nós reconhecemos em nós próprios e deles precisamos para experimentar a vida.

Deste modo, o questionamento de determinadas ações (técnicas?) foi primordial para minha formação, sendo estas mesmas técnicas antes tidas e apreendidas como verdades absolutas, mas que não se ajustavam à normalidade imposta, à sanidade absoluta, à atenção biologicista farmacológica. Esta condição ordenatória, irreal e sempre plausível de elucidações, é muito presente no processo de formação da enfermagem.

Por isso, a criação de atitudes inovadoras, que rompam com concepções arraigadas para a apreensão de diferenças, inserindo-as como possibilidades de transformação e objetivando o questionamento dos saberes para encontrarmos aqueles que se fazem

pertinentes parece parte obrigatória da formação em saúde mental. Não existe ‘um’ objeto e ‘a’ verdade, existe a experimentação e possibilidades de confronto com a racionalidade científica. A realidade vivida, tanto por aquele que sofre psiquicamente e sua família, quanto por nós, enfermeiros em saúde mental é que deve nos informar sobre o que fazer e não os manuais de diagnóstico, prevenção e conduta, como por exemplo, a escolha da abstinência como única opção para quem faz uso de alguma droga.

Numa tentativa de superar a visão biologicista que percebi durante o meu processo de formação profissional e ao elaborar esta dissertação, pude perceber a loucura em sua complexidade: a dualização do homem em sujeito psicopatológico e sujeito produtivo. Na busca de recursos teóricos de contestação desta posição entrei em contato com a Análise Institucional ou, falando de forma mais ampla, com o “Movimento Institucionalista”. Este movimento, “é um conjunto heterogêneo, heterológico e polimorfo de orientações, entre as quais é possível encontrar-se pelo menos uma característica comum: sua aspiração a deflagrar, apoiar e aperfeiçoar processos auto-analíticos e autogestivos de coletivos sociais^{iii(5:11)}. O próprio nome, Movimento Institucionalista, é usado para indicar que não se trata de uma escola ou de uma teoria, mas sim de um ajuntamento de conceitos provenientes das mais variadas esferas do conhecimento. Tampouco se trata de uma colcha de retalhos onde tais conceitos são justapostos, capturados em sua força disruptora^(5, 6).

Dentro do Movimento Institucionalista, podemos destacar uma vertente denominada

ⁱⁱⁱ Ao considerar o Movimento Institucionalista como um conjunto heterogêneo, heterológico e polimorfo de orientações, Baremlitt, um dos institucionalistas mais conhecidos no Brasil, aponta a característica comum do movimento: a sua aspiração em deflagrar, apoiar e aperfeiçoar os processos auto-analíticos e autogestivos dos coletivos sociais. Ao partir da compreensão da sociedade como um tecido de instituições que se interpenetram e articulam entre si, para regular a produção e a reprodução da vida humana, trabalha com a idéia-chave que nas instituições podem distinguir-se duas vertentes importantes: a do instituinte e do instituído. A primeira constitui-se nos momentos de transformação institucional, isto é, aquelas forças produtivas de códigos institucionais, enquanto que a vertente do instituído é o efeito da atividade instituinte, a função, aquilo que tende a conservar a instituição. (1996).

esquizoanálise^{iv}, a qual é considerada por como sendo a porção mais extremista do intitucionalismo⁽⁵⁾. Foi justamente nessa “ativação” que encontrei a peça que faltava para me guiar nesse emaranhado que é o caminho do uso de drogas. Então, deparei-me com a frase do psicólogo e esquizoanalista argentino, Gregorio Baremlitt “inserir o desejo na produção e a produção no desejo”^v. Era exatamente o que faltava, era essa porção indizível, mas sempre presente nas entrelinhas da abordagem da loucura e do consumo de drogas, que sempre escapava às teorias exclusivamente materialistas ou prescritivas - curativistas.

Este encontro parece ter-me conduzido a um resultado, me possibilitando perceber como na maioria das vezes a atuação em saúde esteve longe de ser satisfatória para os usuários de drogas, uma vez que permanecia alheia as nuances e aos significados culturais destes, bem como, indiferente aos desencontros de signos próprios com os signos dos usuários que muitas vezes estão imersos em uma vulnerabilidade^{vi} profunda e complexa. Na verdade,

^{iv} Para a Esquizoanálise, o processo de produção do desejo (processos de subjetivação) está presente em tudo o que se passa no mundo social. Aliás, ele é o próprio produtor do social e se dá pelo contato entre os corpos (não apenas corpos humanos, mas de linguagens, saberes, percepções, etc.), surge dos afetos, intensidades ou forças desejantes. Para que esses afetos se expressem, criamos territórios, delimitações que são formas de expressão. Esses territórios são temporários porque o contato com outros corpos gera novos afetos que não se encaixam nesses territórios. Os afetos criam, então, linhas de fuga. Aí desenvolvemos simulações, ou seja, tentamos novas formas de territorializar esses afetos, criando, assim, novos territórios. Portanto, a produção do desejo é a própria produção da realidade, é ao mesmo tempo (e indissociavelmente), material, semiótica e social^(6:33).

^v Deleuze e Guattari, criadores da tendência institucionalista chamada Esquizoanálise, utilizam uma definição de desejo que não tem caráter restitutivo como a definição freudiana, mas tem caráter essencialmente produtivo revolucionário; eles afirmam que o desejo é força indissociável da produção da vida social e natural (Baremlitt G. Introdução a Esquizoanálise. Belo Horizonte, Inst. Felix Guattari, 1998, p.96).

^{vi} Sendo o conceito de vulnerabilidade aqui entendido como a pouca ou nenhuma capacidade do indivíduo ou grupo social de decidir sobre sua situação de risco. A vulnerabilidade está diretamente associada aos fatores culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos. Assim, o grau de vulnerabilidade de uma pessoa ou um grupo à infecção pelo HIV ou ao desenvolvimento de uso de drogas, segundo a proposição de Jonathan Mann, é avaliado a partir de três níveis inter-relacionados: 1) vulnerabilidade individual, relacionado com os fatores biológicos, comportamentais, psicológicos e cognitivos que interferem num maior ou menor poder para a adoção de medidas preventivas; 2) vulnerabilidade social, constituída pela rede de interações sociais e pelos determinantes demográficos que protegem ou expõem os grupos e os indivíduos à infecção pelo HIV ou a desenvolver AIDS. 3) vulnerabilidade programática, que diz respeito aos bens, insumos e serviços disponibilizados para as populações por meio de políticas públicas de saúde, educação e justiça (Mann J. Tarantolla DJM, Netter TW (Orgs.) A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Abia/IMS-Uerj, 1993-História Social da AIDS 1).

talvez esteja aí apenas uma situação de confronto entre o que se consegue abordar e resolver com aquilo que lhe é estranho, por fugir de modelos explicativos e de uma racionalidade habitual. Isto faz pensar sobre a importância do olhar do outro para as subjetivações^{vii}. Da forma como entendo, é no outro, na cultura, que colhemos os afetos com os quais nos identificamos, mas é pelo contato com o outro que desestabilizamos, diferimos, mutamos, e uma maneira de ser (des)estabilizado pode vir através de um controle feito pela sociedade, “o controle da sociedade sobre o indivíduo que não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo” (7:80).

Retomado esse argumento e percebendo que seu desenvolvimento só poderia ser garantido “à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos, constata-se que “o corpo é uma realidade biopolítica e a medicina é uma estratégia biopolítica” (8:128). O capitalismo mais interessado em produzir forças, que fazê-las crescer e em ordená-las, do que barrá-las, dobrá-las ou destruí-las, operou uma transformação muito profunda no nível dos mecanismos de poder⁽⁸⁾. E tais mecanismos imperam fortemente no que concerne a lógica de ‘cuidado’ destinada ao usuário de drogas, ainda na atualidade.

O encontro com conceitos e prática da Redução de Danos traz outra perspectiva de atuação, ou seja, um mundo aberto, cuja atividade produz a novidade, que contrapõe o estável padronizado e normatizado. A Redução de Danos (RD) pode ser definida como um conjunto de medidas que tem a finalidade de minimizar os danos decorrentes do uso/abuso de drogas, sem que haja, necessariamente, uma diminuição do consumo. Tais ações possuem como

^{vii} O campo de subjetivação é constitutivo tanto do sujeito-objeto quanto do meio. Ou seja, a subjetivação pode ser pensada como um processo de agrupamento, de composição, de agenciamentos heterogêneos de corpos, práticas, juízos, técnicas. Nesse sentido, falar em subjetividade é uma forma de tentar escapar à idéia tradicional de sujeito da consciência. Descentrar a questão do sujeito para a subjetividade. O sujeito é comumente compreendido como uma forma de apreensão pré-reflexiva, como unificador dos estados de consciência. No entanto, o sujeito não é evidente não basta pensar para ser (...) o sujeito advém no momento em que o pensamento se obstina em apreender a si mesmo e se põe a girar como um pião enlouquecido. (Guattari F. As três ecologias. Trad. Maria C. F. Bittencourt. Campinas, SP: Papirus, 13 edição. 1989/2002, p. 17).

princípio fundamental o respeito à “liberdade de escolha”, já que nem todos os usuários conseguem ou desejam abster-se do uso de drogas, mas podem desenvolver cuidados na direção de uma “saúde possível”⁽⁹⁾.

Dentro deste contexto, faz-se pertinente (e urgente) resgatar o papel ativo e participativo dos usuários de drogas em seu tratamento e nas políticas públicas a ele referentes, bem como, não assumir posturas que concordem com a dominação daqueles que os entregam suas vidas. Na pesquisa ou na assistência, despertar potências e promover a criação de territórios habitáveis, essa deve ser a tarefa do profissional comprometido com a produção de vida daqueles a quem assistimos. Certamente não é tarefa fácil. Despir-se daquilo que, por muito tempo, acostumamos chamar de “verdade” (modelo biomédico), exige muito mais de nós.

De acordo com os pressupostos da psiquiatria democrática italiana⁽¹⁰⁾, a “produção de vida” é a finalidade dos profissionais de saúde da Reforma Psiquiátrica. Para possibilitarmos essa produção de vida àqueles que assistimos, precisamos, antes de tudo, permitirmo-nos experienciá-la dentro de nós mesmos.

Os ideários da Reforma Psiquiátrica, assim como os do Movimento Sanitário, também passam por um questionamento acerca da divisão entre saúde e doença ou normalidade e anormalidade, questionando o estatuto da loucura como doença mental a ser tratada por especialistas com base no internamento. A idéia da loucura como doença mental foi sendo construída ao longo do tempo, não existindo um estatuto de verdade deste conceito⁽¹¹⁾.

Precisamos questionar e descrystalizar nossos próprios papéis para que, só assim, possamos abrir espaço para a produção de vida das pessoas em sofrimento mental, pois vivemos num cenário de intensas transformações no campo da atenção em saúde mental. A implementação das propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira tem desenhado um cenário

rico e fecundo. Sabemos que o real é dinâmico e, por vezes, caótico. É provável, que ao nos debruçarmos sobre este panorama, não encontremos uma réplica fiel às propostas idealizadas por tantos sujeitos envolvidos nesse processo: trabalhadores de saúde mental, usuários, familiares e outros setores da sociedade. Por outro lado, a constante mutação do real nos abre infinitas possibilidades de criação e isso é o que nos faz continuar acreditando que é possível construirmos novas formas de pensar e agir perante a loucura, especialmente no âmbito da toxicomania.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, é preciso investir não somente em serviços diferenciados, mas também, em atores dispostos a fazer diferente! Além de se colocar aberto e flexível aos questionamentos, sendo importante a “problematização de suas realidades e a avaliação do impacto das suas ações, suas condições de trabalho, ouvindo diferentes opiniões (...) e impulsionando possíveis mudanças”^(12:135).

Acredito que é o dia-a-dia e o lidar com questões desde as mais banais até as mais complexas que vamos inventando respostas e possibilitando encontrar a cada novo momento a medida do cuidado. Reconhecer que é no domínio da avaliação, da decisão, da liberdade, da ruptura e da opção que se instaura a necessidade da ética e onde se impõe a responsabilidade do ato de cuidar é fundamental para quem decide trabalhar com saúde, em especial com saúde mental.

É “preciso muito senso estético, político, ético, clínico, demiúrgico até, para desmontar essa disjuntiva infernal e necessitamos de muito espírito aventureiro para ir forjando asas, tanto no interior de uma instituição como fora dela, que nos permitam – a nós e a nossos pacientes – escapar a essa violência binária”. Essa violência binária “consiste em ter que optar sempre seja por um precipício abissal, seja pelo suave paraíso asséptico de uma estranha saúde, saúde sem desejo de asas nem um devir-anjo”⁽¹³⁾, aquele em que ser normal é ser sempre o mesmo, não mudar, não adquirir os nomes da loucura, não deparar-se com a

desrazão (voar, avoar-se, cair). Ora, é dessa forma que não se cresce e não se cuida.

Estes são saberes que me parecem indispensáveis à prática, hoje, uma prática reflexiva e crítica, mas uma reflexão crítica sobre a prática que a tome pelos encontros. Uma exigência da relação teoria-prática é a de as teorias estarem sempre a serviço das práticas e que as práticas mostrem as novas teorias necessárias sem o que as teorias podem transformar-se em idealismo e as práticas meras repetições.

A crítica a que me refiro é um pensar, sendo este pensar demandado da profundidade dos afetos e não da superficialidade das erudições, um pensar como compreensão e interpretação de fatos em atos de ser. Este exercício supõe a disponibilidade à revisão das verdades absolutas (cristalizadas), reconhece não apenas a possibilidade de mudar apreciações, mas permitir-se fazê-lo!

Parte da experiência se dá pela revisão de referenciais, colocando-os, pois, também sob o desafio de identificar possibilidades de transformar e/ou ressignificar as práticas. É quando um referencial se torna uma caixa de ferramentas e não uma matriz de reprodução que ele se torna apropriado, um processo que admite uma atitude profissional mais flexível, criativa e tolerante com as diversidades individuais⁽¹⁴⁾.

Sendo assim, a RD pode ser pensada como esta ‘caixinha de ferramentas’, ou como a reinvenção de uma prática dentro de uma área específica, ou seja, a invenção de formas de relação entre a atenção aos usuários de drogas e as formas de cuidar, necessária para provocar mudanças e incorporar novos saberes que possibilitem um fazer crítico e sintonizado com a dinâmica da Reforma Psiquiátrica.

Penso que a RD é uma diretriz de trabalho do SUS muito realista e, sobretudo, capaz de disparar processos de cidadania, afetando e promovendo o protagonismo dos usuários de drogas, abrindo para a possibilidade de transformação de vidas e deslocando-os de um papel

de vitimização e/ou doente, como se fossem incapazes de decidir sobre suas escolhas, sua própria existência e, muitas vezes, sendo quase que ‘abduzidos’ do contexto social para ‘curarem-se’. Assim, vai configurando-se numa certa micropolítica, que pode ser compreendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra⁽¹⁵⁾.

Esta é uma diretriz que não se propõe a prescrever uma verdade e os atores continuamente encontram-se ‘desdobrando’ as polêmicas que surgem no seu cotidiano de trabalho. Trabalha-se com o ‘real’ e não com um ‘ideal utópico’. A RD busca a universalidade, ou seja, desenvolve ações que sejam para todos, numa amplitude que possa incluir as diferenças, numa outra ordem de relação.

É, portanto, um movimento instituinte de abordagem clínica-política, diferenciando-se de outros programas jurídicos-maniqueístas-institucionalizantes e moral-prescritivos. Implica num repertório de cuidado integral e instersetorial, inseridos no contexto do usuário, em sua rede de relações sociais e afetivas, incluindo um conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas para as pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas, designando-se a identificação e minimização dos fatores de vulnerabilidades sociais, econômicas e de saúde, bem como a potencialização dos fatores de proteção, cidadania e defesa da vida⁽¹⁶⁾.

3 A REDUÇÃO DE DANOS

Historicamente em nossa sociedade, o cuidado em álcool e outras drogas tem se apresentado fortemente dirigido a abstinência e a internação, embora outros modos de atenção venham sendo desenvolvidos, principalmente no SUS, como por exemplo, a Redução de Danos (RD). A história da RD no Brasil possui muitas sinuosidades difíceis de serem abordadas em sua totalidade. É no contexto da reabertura política, da Constituição Federal de 1988 e no cenário das lutas pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica que acontece a inserção da RD no Brasil⁽¹⁷⁾.

A Reforma Psiquiátrica foi e ainda vem sendo uma desconstrução crítica do modelo manicomial operante, repleto de rupturas conceituais e invenção de novas propostas de cuidado, sendo a RD um destes projetos de micropolítica de transformação, pois instiga e desafia a uma articulação entre as propostas da reforma psiquiátrica com a responsabilização entre equipes e usuários⁽¹⁶⁾.

Como conceito, “a redução de danos é uma tentativa de minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos”⁽¹⁸⁾.

De acordo com a Lei 8.080, no art. 7º, incisos III e IV, as ações e serviços públicos e privados que integram o SUS obedecem aos princípios e diretrizes que coadunam como a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade

da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”. Nesse sentido, a RD, enquanto diretriz de trabalho do SUS, consolida o exercício dos seus princípios como: universalidade, equidade e controle social⁽⁴⁾.

Em 2004, a RD passa a ser vista como um paradigma na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, lançada pelo Ministério da Saúde. O foco desta política, como o próprio nome indica, não se assenta exclusivamente sobre os Serviços Especializados em DSTs/Aids e Programas de Redução de Danos (PRDs) com ações de trocas de seringas visando a diminuição da contaminação pelo HIV/Aids, mas sim na constituição de ações em RD que transversalizem^{viii} os serviços da rede assistencial do SUS, em especial os serviços de saúde mental (como os Centro de Atendimento Psicossocial - CAPS) e os serviços de atenção básica (Estratégia Saúde da Família-ESF, Núcleos de Apoio a Saúde da Família-NASF, Unidades Básicas de Saúde-UBS, etc)^(17, 19).

Nesse sentido, a Portaria Nº 1.028/GM de 1º de julho de 2005 regula as intervenções de saúde dirigidas aos usuários e dependentes de álcool e outras drogas e considera que estas devem ser ampliadas e estar baseadas na melhoria da qualidade de vida das pessoas⁽²⁰⁾. Além disso, em seu Art. 2º, define que a redução de danos (sociais e à saúde) desenvolva-se 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.

^{viii} A transversalidade corresponde ao modo como a RD passou a multiplicar vínculos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS); Serviços de Atendimento Especializados para portadores de HIV/AIDS (SAE), CAPSad e, também, os coletivos das associações de redução de danos. A RD tornou-se um método que trabalha com a transversalidade através de diferentes espaços de atenção e gestão, multiplicando os vínculos afetivos e criando novas referências subjetivas. A transversalidade é uma das diretrizes da atual Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Esta diretriz vem sendo proposta como ponto fundamental no fortalecimento de um sistema de saúde que se pretende unificado, objetivando a produção de uma maior comunicação entre as diferentes práticas e saberes as quais atravessam o campo da saúde. (BRASIL, A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília, 2003a).

Deste modo, a RD constitui-se nacionalmente como estratégia de Saúde Pública, descendente de uma concepção pragmática, de intervenção em território que articula controle social e trabalhadores da saúde, contribuindo com a noção de integralidade do cuidado, fortalecendo o acolhimento nos serviços de saúde e a promoção de sujeitos protagonistas do seu processo de cuidado, como contraponto à idealização de planos terapêuticos pautados na lógica da abstinência⁽¹⁷⁾.

Considerando o caráter urgente da demanda e a oferta de respostas eficazes, a RD não estabelece a diminuição do consumo como condição de acesso a serviços ou exige abstinência. Fundamenta-se nos Direitos Humanos das pessoas, na liberdade dos modos de viver e trabalhar, convergindo com exercício da cidadania, num encontro ético com as formas de atenção, educação, gestão e controle social da Saúde Coletiva.

Portanto, hoje, o que melhor caracteriza o conceito de Redução de Danos é a flexibilidade no contrato com o usuário. Significa estabelecer vínculo, facilitar o acesso às informações e orientações, estimular a ida ao serviço de saúde (quando necessário), utilizando propostas diversificadas e construídas com cada usuário e sua rede social. Para tanto, consideram-se o desejo e a demanda dos usuários, assim como as possibilidades para compor um acompanhamento com combinações em comum acordo, chamado de plano terapêutico.

3.3 AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS

As ações de Redução de Danos deram visibilidade, inicialmente, aos usuários de drogas injetáveis no SUS, promoveram a organização de profissionais e usuários, trouxeram contribuições significativas para a revisão das leis em vigor e proporcionaram o

compartilhamento de saberes técnicos e saberes populares, criando condições para a construção de estratégias que se mostraram eficazes na abordagem dos problemas de saúde dos consumidores de drogas⁽¹⁹⁾.

Assim, a atenção integral compreende o desenvolvimento contínuo de produção de singularidades e coletividades na trajetória de vida dos usuários dos serviços e dos trabalhadores. A complexidade do problema do uso de drogas na contemporaneidade nos coloca o desafio de articular saberes, entre eles, psicológico, sociológico, jurídico, etnológico e religioso. O que ainda se observa é uma dissociação entre os saberes, em que cada um reivindica para si a compreensão desse fenômeno e tenta oferecer explicações e soluções, muitas vezes reducionistas^(16, 19).

As ações de Redução de Danos contribuíram para clarear a visão sobre esse complexo problema social, flexibilizando métodos para facilitar o acesso, universalizando o atendimento e produzindo lugares de cidadania.

Originalmente, a Redução de Danos estava voltada para a prevenção de doenças de transmissão sangüínea entre Usuários de Drogas Injetáveis - UDI. A natureza de seus propósitos chegou a ser identificada apenas como uma prática de trocas de seringas. Todavia, progressivamente, passou a ser vista pela essência de seus princípios: respeito aos usuários de drogas pelo direito aos seus produtos de consumo e as suas práticas⁽¹⁹⁾.

A Redução de Danos apresentada inicialmente como uma estratégia em saúde pública questiona consensos colocados de antemão em torno do usuário e das drogas e reconhece diferentes relações de uso de drogas, uma vez que há a disposição de escutar quem está envolvido com o uso de drogas, possibilitando o reconhecimento da função que esse uso ocupa em sua vida⁽¹⁹⁾.

A partir dessa flexibilidade, abrem-se possibilidades de investimento para além da rigidez. A exigência utópica por uma sociedade livre de drogas coloca a abstinência como imperativo e situa as drogas e os usuários como “agentes do mal”, desresponsabilizando os sujeitos tanto com relação às suas escolhas quanto às diferentes instâncias da sociedade. A RD permite uma mobilidade, servindo de referência e ponte entre o sujeito e o laço social do qual parece apartado^(16,17,19).

Criam-se as condições de trabalho favoráveis ao acolhimento desses sujeitos, construindo com eles esquemas de proteção e de autocuidado, fundamentais para o exercício da cidadania dos usuários de drogas. As ações de RD abrem possibilidades de diálogo com diferentes instâncias. Permitem dialogar com os profissionais de diferentes áreas, permeando-as, problematizando alguns imperativos construídos a partir de uma visão moralista e repressiva da realidade dos sujeitos que usam drogas. Na RD, são contempladas a liberdade de escolha e a responsabilidade pessoal⁽¹⁷⁾.

Assim, estamos entrando em uma nova era com relação às concepções de saúde, buscando superar a compreensão higienista, desde uma postura que não julga, mas constrói condições de superação de obstáculos, a partir de cada realidade. Enfim, trata-se de uma mudança da lógica das especialidades para a lógica da integralidade, vislumbrando a possibilidade de promover saúde física, mental e cidadania em toda ação em saúde.

Em geral, não se ouvem os usuários de drogas, porque há “consensos” em nossa sociedade, resultando em ensurdecimento de possibilidades de escuta e de acolhimento ético e digno. A pouca disponibilidade em ouvir sobre suas histórias dá-se por conta das resistências em admitir o convívio com as drogas e usuários, pois, frequentemente, estão associados a práticas de irresponsabilidade, de prazer irrestrito, de delinquência e de afronta aos hábitos e costumes socialmente aceitos. O sofrimento e o mal-estar em que vivem ficam invisíveis⁽²¹⁾.

A droga toma o sentido da cena, incorporando o agente no qual se supõe um poder e que, em decorrência, causa, nas diferentes instâncias, grande impotência. Se o usuário diz “eu sou o cara”, as várias instâncias que o abordam confirmam esta posição, à medida que se curvam ao poder mágico de potência da droga quando se aterrorizam e se imobilizam⁽²¹⁾.

Para ampliar as possibilidades de atenção e acolhimento, faz-se necessário considerar a articulação que ocorre em um contexto para determinado sujeito e o encontro com as substâncias. A lógica repressiva coloca o acento na droga, resultando em baixa resolutividade e significativos danos. Para seguir apostando nos sujeitos, faz-se necessário escutá-los e aceitar o consumo de drogas independentemente dos aspectos legais que isso envolve. Trabalhar com saúde pública e drogas significa aceitar que o consumo ocorre, que nem sempre o consumo leva à dependência e que há diferentes riscos ligados ao uso de drogas^(16,21).

É necessário considerar as diferentes concepções e formas de agir em saúde. Esse exercício permite um trabalho em saúde de forma integral, equânime e justa. Isto se torna viável por meio de um paradigma que não centra sua atenção na doença, mas, sim, no estabelecimento de uma relação com pessoas que pensam, opinam, sofrem e que têm direito ao exercício pleno de cidadania⁽¹⁶⁾.

Assim, as ações de redução de danos em conformidade com o Manual de Redução de Danos do Ministério da Saúde⁽⁹⁾, constituem um conjunto de medidas no campo da saúde pública voltadas para minimizar as conseqüências adversas ao uso de drogas. O princípio fundamental que as orienta é o respeito à liberdade de escolha, à medida que os estudos e pesquisas realizados apontam que alguns usuários não conseguem e não querem parar de usar drogas, mas esses precisam ter os riscos minimizados para a infecção pelo HIV e hepatites, além das questões de violência, acidentes e outras doenças. Segue abaixo a listagem de algumas destas ações:

- promover acesso a informação;
- incentivar a liberdade de pensamento e expressão;
- integrar o trabalho entre serviços;
- estimular ao exercício de uma reflexão baseada no conhecimento de si e dos danos decorrentes do uso/abuso de drogas;
- integrar, além da prevenção às DST/aids, outros programas e estratégias.

Também, a Portaria Nº 1.028/GM de 1º de julho de 2005, traz um elenco de ações e estratégias de redução de danos⁽²⁰⁾:

“Art. 3º Definir que as ações de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, compreendam uma ou mais das medidas de atenção integral à saúde, listadas a seguir, praticadas respeitando as necessidades do público alvo e da comunidade:

I - informação, educação e aconselhamento;

II - assistência social e à saúde; e

III - disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites.

Art. 4º Estabelecer que as ações de informação, educação e aconselhamento tenham por objetivo o estímulo à adoção de comportamentos mais seguros no consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, e nas práticas sexuais de seus consumidores e parceiros sexuais.

§ 1º São conteúdos necessários das ações de informação, educação e aconselhamento:

I - informações sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;

II - desestímulo ao compartilhamento de instrumentos utilizados para consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;

III - orientação sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda (“overdose”);

IV - prevenção das infecções pelo HIV, hepatites, endocardites e outras patologias de padrão de transmissão similar;

V - orientação para prática do sexo seguro;

VI - divulgação dos serviços públicos e de interesse público, nas áreas de assistência social e de saúde; e

VII - divulgação dos princípios e garantias fundamentais assegurados na Constituição Federal e nas declarações universais de direitos.

§ 2º As ações de informação, educação e aconselhamento devem, necessariamente, ser acompanhadas da distribuição dos insumos

destinados a minimizar os riscos decorrentes do consumo de produtos, substâncias e drogas que causem dependência.

Art. 5º Estabelecer que a oferta de assistência social e à saúde, na comunidade e em serviços, objetive a garantia de assistência integral ao usuário ou ao dependente de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.

Parágrafo único. São ações necessárias na oferta de assistência social e à saúde, quando requeridas pelo usuário ou pelo dependente:

I - o tratamento à dependência causada por produtos, substâncias ou drogas;

II - o diagnóstico da infecção pelo HIV e o tratamento da infecção pelo HIV e da AIDS;

III - a imunização, o diagnóstico e o tratamento das hepatites virais;

IV - o diagnóstico e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST); e

V - a orientação para o exercício dos direitos e garantias fundamentais previstos na Constituição Federal e quaisquer outros relativos à manutenção de qualidade digna da vida.

Art. 6º Definir que as estratégias de redução de danos incluam a disponibilização de insumos de prevenção ao HIV/Aids e as estratégias da saúde pública dirigidas à proteção da vida e ao tratamento dos dependentes de produtos, substâncias e drogas que causem dependência.

Art. 7º Estabelecer que as iniciativas relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas sejam incluídas nas estratégias de redução de danos, dados os agravos relacionados a esta substância na população geral e que devam ser articuladas intersetorialmente de forma a potencializar os efeitos de promoção à saúde.

Art. 8º Definir que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em todos os espaços de interesse público em que ocorra ou possa ocorrer o consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, ou para onde se reportem os seus usuários.

Parágrafo único. As disposições desta Portaria aplicam-se no âmbito do sistema penitenciário, das cadeias públicas, dos estabelecimentos educacionais destinados à internação de adolescentes, dos hospitais psiquiátricos, dos abrigos, dos estabelecimentos destinados ao tratamento de usuários ou dependentes ou de quaisquer outras instituições que mantenham pessoas submetidas à privação ou à restrição da liberdade.

Art. 9º Estabelecer que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em consonância com a promoção dos direitos humanos, tendo especialmente em conta o respeito à diversidade dos usuários ou dependentes de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.

§ 1º Em todas as ações de redução de danos, devem ser preservadas a identidade e a liberdade da decisão do usuário ou dependente ou pessoas tomadas como tais, sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento.

§ 2º A contratação de pessoal para o trabalho com redução de danos, de que trata esta Portaria, deve dar prioridade aos membros da comunidade onde as ações serão desenvolvidas, observadas, no âmbito da Administração Pública, as normas de acesso a cargos ou empregos públicos, levando-se em conta principalmente o acesso à população alvo, independentemente do nível de instrução formal.”

Desse modo, abrangem tanto o campo das construções cognitivas quanto das experiências intensivas resultantes do estar junto e da composição de coletivos de aprendizagem. Saúde, em seu sentido mais abrangente, não é a expressão das condições de vida e trabalho, expressando as determinações das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde, mas é também a capacidade de lutar por qualidade de vida e mobilizar energias para reinventar a vida – o social – políticas sociais⁽²²⁾.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Caracterizar a produção científica as ações de Redução de Danos voltadas para os usuários de drogas.

4.2 Específicos

1. Conhecer quais são as ações de RD que estão sendo desenvolvidas pelos atores da área da saúde mental.
2. Identificar o que a literatura tem trazido como limites e possibilidades para o desenvolvimento desta diretriz de trabalho do SUS.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

A análise de evidências de pesquisa exige dos pesquisadores novos conhecimentos e habilidades, para capacitá-los a ter autonomia na avaliação crítica das informações científicas que serão utilizadas para diminuir as incertezas das decisões tomadas na atenção aos usuários. Tendo em vista a complexa e crescente quantidade de publicações na área da saúde, faz-se pertinente o desenvolvimento de formas de acesso aos dados científicos que propiciem a melhor utilização destas informações. Dentre estes formatos, pode-se citar a Prática Baseada em Evidências, a Revisão Sistemática, a Revisão Narrativa, a Meta-Análise, a Meta-Síntese Qualitativa ou Meta-Estudo e a Revisão Integrativa

A Prática Baseada em Evidências (PBE) caracteriza-se por um processo sistemático de localizar, avaliar e aplicar achados de investigações como base para a tomada de decisões clínicas, a partir de dados da epidemiologia clínica, complementados por revisões sistemáticas da literatura⁽²³⁾. A origem da PBE vincula-se ao trabalho do epidemiologista Archie Cochrane e envolve a definição de um problema a ser averiguado, a partir da identificação de informações necessárias, a condução de busca de estudos científicos e sua avaliação crítica, identificando a aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e determinando a utilização destes⁽²⁴⁾.

Uma Revisão Sistemática, assim como outros tipos de estudo de revisão, é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esta

abordagem utiliza a aplicação de estratégias científicas que limitam o viés da seleção de artigos, que avaliem com espírito crítico os artigos e sintetizem todos os estudos relevantes em um tópico específico⁽²⁵⁾. Ainda, esta técnica de pesquisa, é a compilação da produção científica sobre determinado tema em um dado momento, utilizando-se um método reproduzível. Este método possibilita uma análise mais objetiva dos resultados, facilitando uma síntese conclusiva sobre determinada intervenção⁽²⁶⁾.

Outra abordagem é a Revisão Narrativa. Esta é uma pesquisa ampla, apropriada para descrever e discutir o conhecimento ou o “estado da arte” sob o ponto de vista teórico ou conceitual. É relativamente fácil de produzir e permite atualizar o conhecimento em curto período do tempo, entretanto não define uma metodologia específica⁽²⁷⁾.

A Meta-Análise é um método de revisão sistemática que combina a evidência de vários estudos primários, pelo emprego de procedimentos estatísticos que melhoram a objetividade e qualidade dos achados. O desenho e as hipóteses dos estudos primários precisam ser muito similares ou idênticos para proporcionar, além da crítica e integração dos dados, uma análise estatística dos resultados dos estudos^(26,27).

A Meta-Síntese Qualitativa ou Meta-Estudo é um tipo de revisão sistemática que envolve a análise de teoria, métodos e resultados de pesquisas qualitativas e, por último, a síntese desse conhecimento em uma nova forma de pensamento sobre o fenômeno. Possibilita a construção de um conjunto de dados baseados na própria interpretação do revisor, a partir dos conhecimentos construídos pelos autores dos estudos primários⁽²⁸⁾.

A Revisão Integrativa (RI) é uma abordagem metodológica que permite a inclusão de estudos diversos, que têm o potencial de desempenhar um importante instrumento de pesquisa, dessa forma, é pertinente uma fundamentação que a diferencie das linhas de estudo

existentes⁽²⁴⁾. A RI é um método que agrupa os resultados obtidos de pesquisas primárias^{ix} sobre o mesmo assunto, com o objetivo de sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico⁽³⁰⁾. Em decorrência disso, permite maior entendimento acerca de um fenômeno ou problema de saúde⁽²⁷⁾.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Optou-se neste estudo pela realização de uma Revisão Integrativa por ser esta uma modalidade de pesquisa de revisão ampla, permitindo a inclusão simultânea de estudos com diferentes abordagens metodológicas, bem como, uma maior compreensão de determinado fenômeno⁽²⁷⁾.

Caracteriza-se ainda, por constituir-se em um método que agrupa os resultados obtidos de um conjunto de pesquisas primárias com temáticas idênticas ou similares. O objetivo deste tipo de pesquisa é sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico a partir da síntese ou análise dos achados dos estudos, com propósitos teóricos ou intervencionistas⁽²⁷⁾.

Além disso, entende-se que este método é apropriado para a busca de aprofundamento do conhecimento da temática acerca das ações de redução de danos voltadas para os usuários de drogas, pois este tipo de estudo é valioso no processo de criar e organizar um corpo de

^{ix} Pesquisa Primária ou Estudo Primário é aquela que foi escrita por pessoas que conduziram a pesquisa, desenvolveram a teoria ou prepararam uma análise especializada sobre um tópico ou questão de interesse. (Lobiondo-Wood G. Haber J. Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2001).

literatura⁽³⁰⁾, corroborando para ampliar a compreensão sobre a atenção aos usuários de drogas.

A RI proporciona a identificação e análise do objeto do estudo sob a ótica de diversos especialistas, levando a reflexões relevantes para a construção de conceitos transformadores da atenção em saúde mental, no que concernem as práticas dirigidas aos usuários de drogas. A construção de conceitos requer um conhecimento prévio de pesquisas na área investigada, bem como que se identifiquem quais questões permanecem sem resposta⁽³¹⁾. Nesse sentido, pauta-se esta RI no problematizando sobre “quais são as ações de RD que estão sendo desenvolvidas pelos atores da área da saúde mental?” Além disso, “o que a literatura tem trazido como limites e possibilidades para o desenvolvimento desta diretriz de trabalho do SUS?”

Assim, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RI) em conformidade com os pressupostos teóricos e metodológicos propostos por Cooper (1989)⁽²⁸⁾ por explicitar a sequência das etapas da pesquisa de maneira didática, facilitando sua compreensão. Essa metodologia visou sumarizar, comparar e sintetizar os resultados de pesquisas sobre a temática desta dissertação: ‘ações de redução de danos voltadas para os usuários de drogas’.

Cooper⁽²⁸⁾ descreve cinco etapas para a elaboração de uma revisão integrativa: formulação da questão norteadora, coleta dos dados, avaliação dos dados coletados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

5.2 ETAPAS DO ESTUDO

5.2.1 Formulação da Questão Norteadora

A definição da pergunta norteadora é uma fase muito importante da revisão, identificando o propósito da mesma. Esta pergunta ajuda a determinar quais serão os estudos incluídos (critérios de inclusão/exclusão), os meios adotados para a identificação (estratégias de busca: definição dos descritores e o periódico a ser explorado) e análise das informações coletadas de cada estudo selecionado⁽³⁰⁾.

Na presente revisão, a formulação do problema se caracterizou pela elaboração da questão norteadora do estudo: “quais são as ações de redução de danos voltadas par usuários de drogas publicadas na literatura científica?”

5.2.2 Coleta dos Dados

A partir da questão norteadora desta RI, quanto a busca de quais são as ações de redução de danos voltadas para os usuários de drogas publicadas na literatura científica, foram selecionadas as bases de dados específicas, descritores, critérios de exclusão e inclusão de artigos, para a busca orientada das publicações.

O levantamento dos dados foi realizado pela Internet, em dezembro de 2010 e abrangeu os seguintes bancos de dados:

- *Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde - LILACS* - é uma base de dados latino-americana de informação bibliográfica em ciências da saúde. Em termos gerais, abrange toda

a literatura relativa as ciências da saúde produzida por autores latino-americanos e publicado nos países da América Latina e Caribe.

- *National Library of Medicine- USA- MedLine* , que é a fonte de produção científica da área biomédica mais amplamente utilizada em todo o mundo, congrega a produção científica de âmbito internacional, espelhando a distribuição desigual dos avanços tecnológicos nos diferentes países. A maior parte das revistas indexadas tem origem nos países da América do Norte, Europa e Austrália, ficando os Estados Unidos com 44% da quantidade de jornais indexados.

- *Scientific Electronic Library Online -SciELO*, que é um projeto consolidado de publicação eletrônica de periódicos científicos que disponibiliza de modo gratuito, na Internet, os textos completos dos artigos de mais de 290 revistas científicas do Brasil, Chile, Cuba, Espanha, Venezuela e outros países da América Latina

Além destas relevantes bases de dados científicas, optou-se em incluir na busca de estudos uma revista específica da temática em questão, que também é indexada pelo SciELO, mas que nas estratégias de busca através dos descritores utilizadas na RI, não estavam sendo capturados nenhum artigo da mesma. Então, a revista escolhida para fazer parte da pesquisa foi a Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD), que é uma revista eletrônica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo. Esta revista dá ênfase especial as publicações relacionadas a temática sobre álcool e outras drogas, como uma estratégia para incentivar as pesquisas nessa área. Neste caso, os resumos de todas as publicações foram lidos um a um, a fim de encontrar estudos pertinentes a esta pesquisa.

Os descritores ^x selecionados e utilizados nesta busca foram baseados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): *reducao do dano, transtornos relacionados ao uso de substâncias, políticas públicas (em português) e reduccion del daño, transtornos relacionados con sustancias e políticas publicas (em espanhol) e harm reduction, Substance-Related Disorders e public policies (em inglês)*. Pretendeu-se com a opção desses descritores, focalizar a busca nos trabalhos que versavam acerca da questão norteadora desta RI.

Definidos os descritores, o próximo passo foi desenvolver critérios de inclusão e exclusão a fim de selecionar de forma relevante estudos para a pesquisa:

Critérios para Inclusão:

- Artigos que contemplem a temática da área de redução de danos, tanto aspectos teóricos, políticos quanto práticos;
- Publicações em português, espanhol ou inglês;
- Artigos completos disponíveis *on-line* e gratuitos;
- Artigos publicados no período de 2005^{xi} até o ano de 2010.

^x Descritores representam a coletânea de termos organizados com uma específica metodologia, sendo de linguagem autorizada e reconhecida mundialmente. Estes descritores são auxiliares na elaboração de índices e na descrição do assunto de determinado assunto para sua indexação em bases eletrônicas ou convencionais. O [vocabulário estruturado](#) e trilingue - Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), criado pela [BIREME](#) para servir como uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde ([BVS](#)) como [LILACS](#), [MEDLINE](#) e outras (para saber mais, acesse: <http://decs.bvs.br/P/decsweb2010.htm>).

^{xi} Optou-se por este recorte de período devido ao fato de que no ano de 2005 a atual Política Nacional sobre Drogas foi aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), através da Resolução do Gabinete de Segurança Institucional nº3/GSIPR/CH/CONAD. Essa Política tem o escopo baseado em cinco eixos temáticos: 1) prevenção, 2) tratamento, recuperação e reinserção social, 3) redução dos danos sociais e a saúde, 4) redução da oferta e 5) estudos, pesquisas e avaliações. (Resolução GSIPR/CH/CONAD nº3 de 27 de outubro de 2005. Disponível em: <<http://obid.senad.gov.br/OBID/Portal/conteudo.jsp?IdPJ=4402&IdEC=6975>> [Acesso em 19 de agosto de 2010])

Critérios de Exclusão:

- Artigos que não contemplem a temática proposta;
- Artigos não disponíveis nas bases de dados na íntegra ou
- Se estiverem fora do período de publicação previsto.

A partir dessas delimitações metodológicas, iniciou-se a captura dos dados nas bases especificadas, utilizando-se da plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Após, foram elaboradas quatro estratégias de busca nas bases de dados com o objetivo de verificar qual delas rastrearía o maior número de estudos que contemplassem a questão norteadora desta RI. Estas estratégias estão descritas a seguir, no Quadro 1:

Quadro 1 - Estratégias de Busca utilizadas nas Bases de Dados LILACS e MEDLINE, Porto Alegre, 2011

Estratégias Utilizadas	Descritores Utilizados (inglês, português, espanhol)	Estudos Encontrados		
		LILACS	MEDLINE	TOTAL
Estratégia A	<i>harm reduction AND substance-related Disorders AND public policies OR reducao do dano AND transtornos relacionados ao uso de substancias AND políticas públicas OR reduccion del daño AND transtornos relacionados con sustancias AND políticas</i>	2	1	3

	<i>publicas</i>			
Estratégia B	<i>harm reduction AND substance-related Disorders OR reducao do dano AND transtornos relacionados ao uso de substancias OR reduccion del daño AND transtornos relacionados con sustancias</i>	8	27	35
Estratégia C	<i>harm reduction AND public policies OR reducao do dano AND políticas públicas OR reduccion del daño AND políticas publicas</i>	2	6	8
Total		12	34	46 estudos

Fonte dos dados: ROOS, CM. Coleta direta de dados nos bancos de dados.

Quadro 2 - Estratégias de Busca utilizadas nas Bases de Dados SciELO e na Revista SMAD. Porto Alegre, 2011

Estratégias Utilizadas	Descritores Utilizados (inglês, português, espanhol)	Estudos Encontrados		
		SciELO	SMAD	TOTAL
Estratégia A	<i>harm reduction AND substance-related Disorders AND public policies OR reducao do dano AND transtornos relacionados ao uso de substancias AND políticas públicas OR reduccion del daño AND transtornos</i>	0	0	0

	<i>relacionados con sustancias AND políticas públicas</i>			
Estratégia B	<i>harm reduction AND substance-related Disorders OR reducao do dano AND transtornos relacionados ao uso de substancias OR reduccion del daño AND transtornos relacionados con sustancias</i>	0	0	0
Estratégia C	<i>harm reduction AND public policies OR reducao do dano AND políticas públicas OR reduccion del daño AND políticas públicas</i>	0	0	0
Estratégia D	<i>harm reduction OR reducao do dano OR reduccion del daño</i>	15	1	0
Total		15	1	16 estudos

Fonte dos dados: ROOS, CM. Coleta direta de dados nos bancos de dados.

Observa-se que a Estratégia B mostrou-se mais eficaz na captura de estudos quando comparada as Estratégias A e C (Quadro 1). A Estratégia D foi utilizada apenas na Base de dados SciELO devido ao fato de que, quando se utilizou as outras estratégias, não foi possível resgatar nenhum estudo (Quadro 2).

Para todas as estratégias, foram utilizados os seguintes limites: resumo disponível, ano de publicação [2005-2010]; idioma [inglês, português, espanhol].

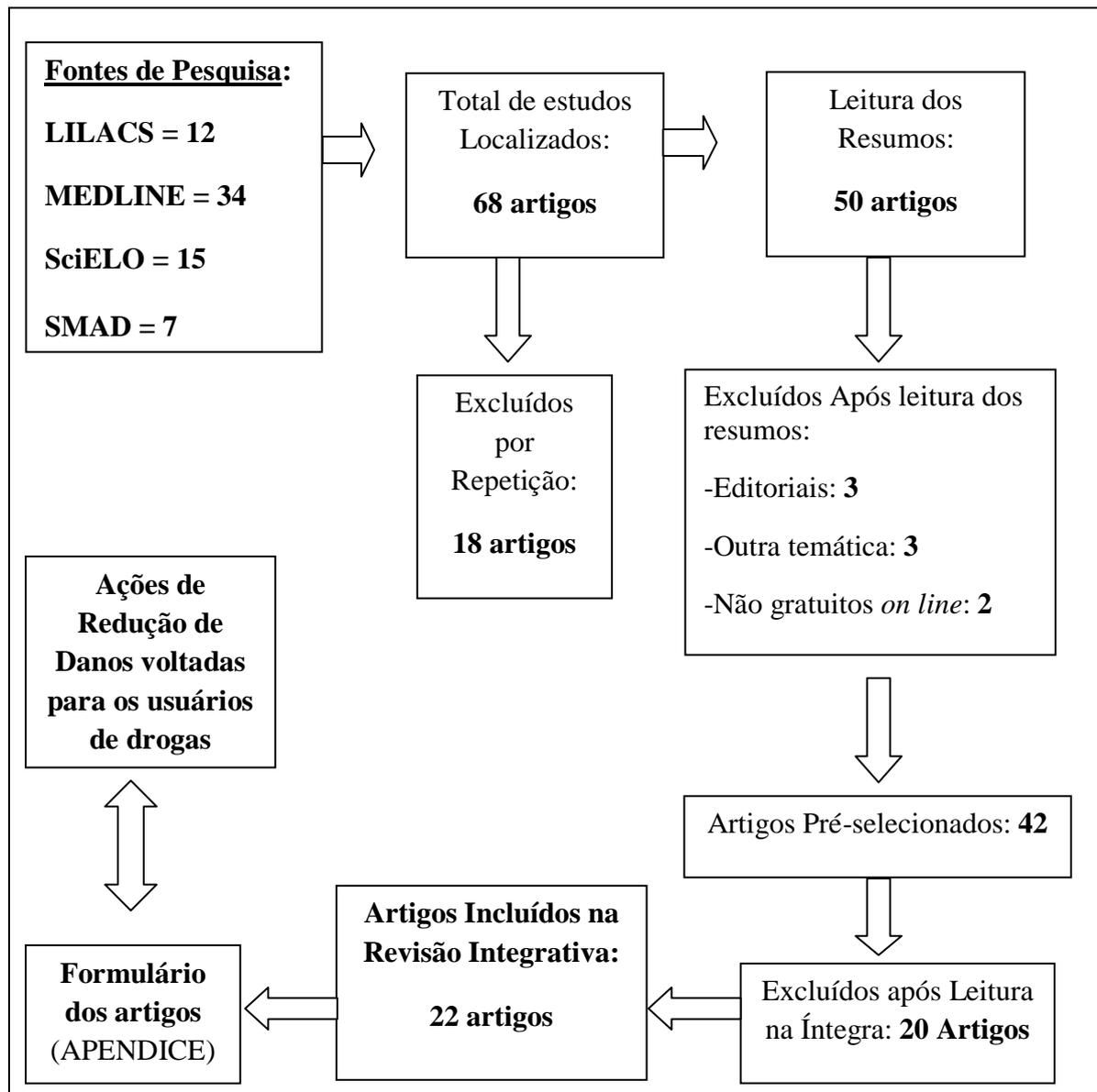
5.2.3 Avaliação dos Dados Coletados

No LILACS foram encontrados 12 estudos, no MEDLINE 34 estudos, no SciELO 15 estudos e na SMAD 7 estudos. O total de trabalhos localizados foi de 68 estudos. Assim, foi realizada a leitura dos títulos e resumos das publicações recuperados por todas as estratégias de busca. Dentre estes, excluíram-se os estudos que não se relacionavam com a temática desta pesquisa (três estudos), editoriais (três estudos), ou que não estavam disponibilizados de forma gratuita *on line* (dois estudos) bem como, estudos que se repetiram nas buscas (18 estudos). Após esta leitura prévia dos resumos das publicações, o número de estudos pré-selecionados totalizou-se em 42 trabalhos.

A leitura na íntegra e análise subsequente dos estudos pré-selecionados resultou na exclusão de 20 estudos, tendo em vista que a abordagem temática não referia ao objetivo desta pesquisa, portanto, 22 artigos constituíram a amostra definitiva desta revisão integrativa.

O Quadro 3 explicita de forma objetiva a coleta dos dados e a seleção dos artigos, ilustrando como ficou o desenho da pesquisa:

Quadro 3 – Fluxograma da Coleta de dados e a seleção dos artigos. Porto Alegre, 2011



Fonte dos dados: ROOS, CM. Coleta direta de dados nos bancos de dados.

5.2.4 Análise e Interpretação dos dados

Nesta etapa, são determinados quais serão os procedimentos a serem utilizados na avaliação dos artigos selecionados. Cada estudo selecionado recebeu um código com sequência alfanumérica (A1 a A22), tendo por objetivo facilitar a identificação dos sujeitos do

estudo (que são os próprios artigos). Foi elaborado, então, um quadro sinóptico contendo as seguintes informações: código do estudo, título, autores, periódico, ano de publicação, país de origem e objetivo do artigo. Logo após o código do artigo, inseriu-se um símbolo (#práticas; *políticas; &aspectos teórico-éticos) a fim de facilitar a identificação das categorias de cada um para posterior análise.

Quadro 4 - Quadro Sinóptico dos artigos incluídos para a revisão integrativa, conforme codificação, dados de publicação e objetivos. Porto Alegre, 2011

Código do Artigo	Título	Autores	Periódico e Ano de Publicação	País	Objetivo
A1 *	Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas	Vânia Sampaio Alves	Cad. Saúde Pública 2009	Brasil	Caracterizar os modelos de atenção a saúde para usuários de álcool e outras drogas existentes no contexto brasileiro
A2 #	Redução de Danos: estratégia de cuidado com populações vulneráveis na cidade de Santo André - SP	Silvia Moreira da Silva Ana Lucia Spiassi Decio de Castro Alves Daniela de Jesus Guedes Reinaldo de Oliveira Leigo	Saúde e Sociedade 2009	Brasil	Descrever a implantação das estratégias da redução de danos em Santo André
A3 *	A Política Antidrogas Brasileira: Velhos Dilemas	Maria Lúcia Teixeira Garcia Fabíola Xavier	Psicologia & Sociedade 2008	Brasil	Configurar como a política de enfrentamento às drogas no Brasil enseja em suas proposições uma

		Leal Cassiane Cominoti Abreu			luta entre as lógicas de segurança pública e de saúde pública
A4 #	Análise de comentários espontâneos elaborados por usuários de ecstasy em pesquisa on-line	Stella Pereira Almeida Juliana Bizeto Maria Teresa Araujo Silva	Rev Panam Salud Publica 2007	Brasil	Analisar o conteúdo dos comentários enviados espontaneamente por usuários de ecstasy que responderam a um questionário on-line correspondente à primeira etapa de um projeto de redução de danos (projeto Baladaboa) para usuários dessa droga
A5 #	Situações relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas públicas da cidade de São Paulo	Fernanda Gonçalves Moreira Dartiu Xavier da Silveira Sérgio Baxter Andreoli	Rev Saúde Pública 2006	Brasil	Investigar situações, atitudes e comportamentos dos coordenadores pedagógicos das escolas municipais de ensino fundamental relacionados ao uso indevido de substâncias psicoativas
A6 #	Avaliação da Disponibilização de Kits de Redução de Danos	Fabiana Delbon Vera Da Ros Elza Maria Alves Ferreira	Saúde e Sociedade 2006	Brasil	Avaliar a percepção tanto dos usuários das unidades de tratamento de álcool e drogas quanto dos profissionais que

					atuam nessas unidades em relação à distribuição dos kits e os reflexos desta nova prática na organização desses serviços.
A7 *	Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde	Fernanda Gonçalves Moreira Dartiu Xavier da Silveira Sérgio Baxter Andreoli	Ciência & Saúde Coletiva 2006	Brasil	Revisar os modelos de prevenção do uso indevido de drogas em ambiente escolar, relacionando-os aos conceitos de “promoção de saúde” e “escola promotora de saúde”, e propor um modelo de intervenção
A8 #	Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil	Henrique Caetano Nardi Rafaela de Quadros Rigoni	Cad. Saúde Pública 2009	Brasil	Descrever a forma de funcionamento das ações e dos programas de redução de danos desenvolvidas nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, entre 2004 e 2006
A9 #	Tobacco harm reduction: an alternative cessation strategy for inveterate smokers	Brad Rodu William T. Godshall	Harm Reduct J 2006	EUA	Fornecer uma descrição dos tradicionais e modernos produtos de tabaco sem fumaça, e da prevalência de seu uso nos Estados Unidos e Suécia. Analisar a evidência epidemiológica para os riscos de

					saúde associados ao uso de tabaco sem fumaça, tanto em termos absolutos e em comparação com os riscos mais elevados de fumar. Descrever evidências de que o tabaco sem fumaça tem servido como um substituto eficaz para os cigarros entre os homens suecos.
A10 #	Reducing Adolescent use of Harmful legal Products: intermediate effects off a Community Prevention Intervention	Paul J. Gruenewald Knowlton Johnson Steven R. Shamblen Kristen A. Ogilvie David Collins	PubMed Central 2009	EUA	Descrever os resultados preliminares de uma intervenção preventiva para reduzir o uso de produtos nocivos como inalantes e medicamentos prescritos (legais) entre estudantes do ensino fundamental (5 a 7ª série) em três comunidades rurais do Alasca
A11 #	Música removendo barreiras e minimizando resistências de usuários de substâncias	Altino Bessa Marques Filho Cassiano Lara de Souza Coelho Lazslo Antonio Ávila	Rev. SPAGESP Ribeirão Preto 2007	Brasil	Verificar a adequação de um instrumento de prevenção do uso abusivo de drogas, composto por uma música elaborada especialmente para esta finalidade, utilizada em conjunto com um questionário e seguida por um

					processo de discussão realizado em grupo (grupo reflexivo)
A12 #	Redução espontânea de danos: barreira para a procura de tratamento por dependentes de substâncias psicoativas?	Bruno José Barcellos Fontanella Egberto Ribeiro Turato	Rev. Bras. Psiquiatr. 2005	Brasil	Construir hipóteses sobre variáveis psicológicas, sociais e familiares que possam constituir motivações e barreiras subjetivas para procura de tratamento formal entre os indivíduos dependentes de substâncias psicoativas e estudar como essas motivações / barreiras são percebidos e vivenciados por esses indivíduos
A13 #	The check-up: in-person, computerized, and telephone adaptations of motivational enhancement treatment to elicit voluntary participation by the contemplator.	Denise D Walker Roger A Roffman Joseph F Picciano Robert S Stephens	Subst Abuse Treat Prev Policy 2007	EUA	Discutir métodos informatizados, usados na escola, como o <i>free-standing check-up</i> (via telefone) tendo como sujeitos os consumidores de álcool (adultos e adolescentes), usuários de maconha e gays / bissexuais masculinos em situação de risco (exploração sexual e

					transmissão do HIV) e destacar como características únicas de cada aplicação tem o potencial de reduzir as barreiras para alcançar populações específicas em risco; motivar aqueles em estágios iniciais de mudança de comportamento.
A14 #	Delivering Care Out of the Box: The Evolution of an HIV Harm Reduction Medical Program	Pamela Mund Daliah Heller Paul Meissner David W. Matthews Michael Hill Chinazo Cunningham	J. of Health Care for the Poor and Underserved 2008	EUA	Descrever a evolução e o desenvolvimento de um programa colaborativo que combina redução de danos e assistência médica
A15 *	Embasamento Político das Concepções e Práticas referentes as Drogas no Brasil	Jacqueline de Souza Luciane Prado Kantorski	SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas 2007	Brasil	Mostrar o panorama do modo como as políticas orientam as ações da sociedade e, sobretudo, dos serviços de saúde no tocante ao uso e usuários de substâncias psicoativas no Brasil. Apresentar um quadro sobre a estruturação nacional dos órgãos relacionados às políticas públicas

					<p>nesse setor.</p> <p>Ressaltar os principais parâmetros que subsidiam a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas</p>
A16 &	Marginalidade ou cidadania? A Rede discursiva que configura o Trabalho dos Redutores de Danos	Henrique Caetano Nardi Rafaela de Quadros Rigoni	Psicologia em Estudo, Maringá 2005	Brasil	Compreender como o trabalho em RD é atravessado pela rede enunciativa que conforma o discurso sobre a AIDS, as drogas e o trabalho na sociedade contemporânea
A17 #	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 2006	Brasil	Discutir as intervenções de enfermagem nos espaços de atuação de um Programa de Redução de Danos (PRD), centradas no cuidado de enfermagem transcultural
A18 &	A importância da família na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes: papel materno	Elias Barbosa de Oliveira Leilane Porto Bittencourt Aila Coelho do Carmo	SMAD 2008	Brasil	Descrever os fatores de risco e protetores para o uso e abuso de drogas referidas pela família
A19 *	O Estado frente a Temática das Drogas Lícitas e	Rodrigo Otávio	SMAD 2008	Brasil	Abrir discussão sobre avanços e desafios com a

	Ilícitas: avanços da nova legislação e desafios frente ao Sistema Único de Saúde	Moretti-Pires Camila Ghizelli Carrieri Giuliana Ghizelli Carrieri			implementação da nova política nacional sobre álcool e drogas da Secretaria Nacional Antidrogas, frente à dicotomia entre Segurança Pública e as necessidades de Saúde Pública
A20 *	Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência	Rubens de Camargo Ferreira Adorno	SMAD 2008	Brasil	Esboçar algumas notas acerca dos usos e abusos de drogas e seus contextos sociais, especificamente em relação às situações identificadas como de violência
A21 #	Concepção sobre drogas: relatos dos usuários do CAPS-AD de Campina Grande PB	Julliana Keith de Sá Vieira Rafael Nicolau Carvalho Elisângela Braga de Azevedo Priscilla Maria de Castro Silva Maria de Oliveira Ferreira Filha	SMAD 2010	Brasil	Analisar a concepção dos usuários do CAPS-ad de Campina Grande, PB, acerca das drogas, avaliando suas repercussões na dependência química e o seu tratamento
A22 &	A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas	Marcelo Sodelli	Ciência & Saúde Coletiva 2010	Brasil	Demonstrar a incompatibilidade dos objetivos proibicionistas com o modo singular de ser do homem e por

					meio do pensamento da fenomenologia existencial, desconstruir o modelo proibicionista ao uso de drogas
--	--	--	--	--	--

Fonte dos dados: ROOS, CM. Coleta direta de dados por meio de periódicos.

Legenda: #práticas; *políticas; &aspectos teórico-éticos.

Os 22 artigos que apresentaram o tema de interesse foram incluídos na RI utilizando-se um formulário para análise dos mesmos (APÊNDICE 1). Este formulário foi preenchido para cada artigo da amostra final deste estudo, o qual permitiu a obtenção de informações sobre a identificação dos artigos e respectivos autores (título, nome e titulação dos pesquisadores, periódico em que foi publicado, ano, volume e número), objetivo/questão de investigação, metodologia, resultados, limitações/recomendações, observações. Além destes dados, este formulário possibilitou conhecer e identificar quais são as ações de RD voltadas para os usuários de drogas que estão sendo implementadas em diferentes locais e contextos de trabalho.

O material foi organizado através de tabelas, que posteriormente foram discutidas, a fim de converter os dados de uma maneira que contemplasse seu conteúdo utilizando-se de uma forma visual, que fosse interessante e facilitasse ao leitor a compreensão do trabalho.

Na Tabela 1, apresenta-se a distribuição dos artigos, de acordo com o periódico em que eles foram publicados, além da classificação de cada um conforme o sistema QUALIS/CAPES^{xii}.

^{xii} Qualis é o conjunto de procedimentos utilizados pela Capes para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação. A classificação de periódicos é realizada pelas áreas de avaliação e passa por processo anual de atualização. Esses veículos são enquadrados em estratos indicativos da qualidade - A1, o mais elevado; A2; B1; B2; B3; B4; B5; C - com peso zero. Caso queira saber mais, acessar: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/qualis>

Tabela 1 – Distribuição dos estudos incluídos na RI conforme o periódico em que foram publicados e o respectivo QUALIS/CAPES, Porto Alegre/RS. 2011.

Periódico	n	%
SMAD, B5	6	27,2
Saúde e Sociedade, B3	2	9
Ciência & Saúde Coletiva, B1	2	9
Cad. Saúde Pública, A2	2	9
Rev Saúde Pública, A2	1	4,5
Rev Panam Salud Publica, B2	1	4,5
Psicologia em Estudo, B3	1	4,5
Psicologia & Sociedade, B3	1	4,5
Rev. Bras. Psiquiatr. B2	1	4,5
Rev. SPAGESP Ribeirão Preto, B4	1	4,5
Harm Reduct J	1	4,5
PubMed Central	1	4,5
Subst Abuse Treat Prev Policy	1	4,5
J. of Health Care for the Poor and Underserved	1	4,5
Total	22	100%

Fonte dos dados: ROOS, CM. Coleta direta de dados por meio de periódicos.

O periódico SMAD, classificado pelo sistema QUALIS/CAPES como B5, apresentou o maior percentual de publicações (27,2%), sendo este fato justificado pelo mesmo ser uma revista específica da temática álcool e outras drogas. Observa-se também através dos periódicos em que os estudos incluídos neste trabalho foram publicados, que a área que mais vem se apropriando da produção sobre a RD é a Saúde Coletiva (27,3%), que se assenta num campo que corrobora com discussões de caráter ideológico sobre os diversos movimentos atuantes na saúde, fundamentando-se em um referencial que parte da compreensão dos diversos aspectos e formas que se manifestam em diferentes grupos e coletivos, dentro de uma estrutura que envolve complexos sistemas de relações.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos estudos incluídos na RI conforme o ano de publicação:

Tabela 2 – Distribuição dos estudos incluídos na RI conforme o ano de publicação, Porto Alegre/RS. 2011.

Ano de Publicação	n	%
2005	2	9
2006	5	22,5
2007	4	18
2008	5	22,5
2009	4	18
2010	2	9
Total	22	100%

Fonte dos dados: ROOS, CM. Coleta direta de dados por meio de periódicos.

Dos 22 artigos analisados, verificou-se que o maior número de publicações concentra-se nos anos de 2006 e 2008, representando 22,5% cada um. Cabe salientar que os artigos referentes aos anos 2007 e 2009 também foram representativos, somando cada ano 18% das publicações.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos estudos incluídos na RI conforme o País de origem.

Tabela 3 – País de origem das publicações referentes a RI sobre as ações de redução de danos voltadas para os usuários de drogas, Porto Alegre/RS. 2011.

País	n	%
Brasil	18	82
EUA	4	18
Total	22	100%

Fonte dos dados: ROOS, CM. Coleta direta de dados por meio de periódicos.

Na tabela acima, constata-se que 82% das publicações capturadas neste estudo são originárias do Brasil, o que pode ser justificado pelo fato de artigos não disponíveis gratuitamente e *on-line* não fazerem parte dos critérios de inclusão.

Já na Tabela 4, apresenta-se a distribuição dos estudos incluídos na RI conforme o Estado de origem (apenas das publicações oriundas do Brasil), escolha esta devido ao fato de este ter sido o país com maior produção de artigos capturados.

Tabela 4 – Distribuição dos estudos incluídos na RI conforme o Estado de origem, Porto Alegre/RS. 2011.

Estado	n	%
Bahia	1	4,5
Espírito Santo	1	4,5
São Paulo	11	49,7
Amazonas	1	4,5
Rio Grande do Sul	3	13,6
Rio de Janeiro	1	4,5
Paraíba	1	4,5
Total	18	100%

Fonte dos dados: ROOS, CM. Coleta direta de dados por meio de periódicos.

Os trabalhos também foram classificados em relação ao Estado de origem, assim, nota-se que a Bahia, o Espírito Santo, o Rio de Janeiro, a Paraíba e o Amazonas representaram 4,5% das publicações em cada localidade, o Rio Grande do Sul teve 13,6% de representatividade e quase a metade dos estudos desta RI (49, 7%) foram produzidos no Estado de São Paulo, esta representação pode ser justificada pelo fato de ter sido este o local precursor da experiência de RD no Brasil.

A Tabela 5 a apresenta a distribuição dos estudos incluídos na RI conforme a formação profissional do primeiro autor.

Tabela 5 – Distribuição dos estudos incluídos na RI conforme a formação profissional do primeiro autor, Porto Alegre/RS. 2011.

Formação Profissional	n	%
Psicologia	6	27,2
Medicina	6	27,2
Serviço Social	4	18
Enfermagem	3	13,5
Ciências Sociais	1	4,5
Não especificado	2	9
Total	22	100%

Fonte dos dados: ROOS, CM. Coleta direta de dados por meio de periódicos.

Observa-se que há diversidade quanto as áreas de formação profissional, o que acabou por oferecer uma riqueza e amplitude de conteúdos para a análise e discussão dos dados, corroborando com a importância do olhar interdisciplinar nesta complexa temática, acarretando subsídios de diferentes compreensões as ações no cotidiano dos espaços de trabalho ‘em e com’ a RD.

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos estudos incluídos na RI conforme o delineamento da pesquisa.

Tabela 6 – Distribuição dos estudos incluídos na RI conforme o método da pesquisa, Porto Alegre/RS. 2011.

Delineamento da Pesquisa	n	%
Relato de Experiências	6	27,2
Análise de Discurso	5	22,5
Revisão Bibliográfica	4	18
Fenomenologia	1	4,5

Interacionismo Simbólico	1	4,5
Observação Participante	1	4,5
Grupo Focal	1	4,5
Não discriminou	4	18
Total	22	100%

Fonte dos dados: ROOS, CM. Coleta direta de dados por meio de periódicos.

A partir dessa, constata-se que em 18% dos estudos analisados não houve especificação de Referencial Teórico-Methodológico. Já 27,2% dos achados indicam uma tendência em inscrever a RD no meio científico através do relato das práticas nos campos de atuação, o que parece ser bastante pertinente, visto que esta diretriz é de recente legitimação no Brasil, sendo essa uma maneira de fazer com que os atores da saúde e demais interessados visualizem experiências inovadoras e sintam-se instigados a também fazer a diferença em seus contextos de trabalho, além de ser uma forma de compreender que trabalhar com RD é constante tensionamento ético e político. A Tabela 7 apresenta a distribuição dos estudos incluídos na RI conforme o tema principal.

Tabela 7 – Distribuição dos estudos incluídos na RI conforme o tema principal, Porto Alegre/RS. 2011.

Tema Principal	n	%
Ações de Redução de Danos	13	69,2
Políticas Públicas	6	27,2
Aspectos Teóricos e Éticos	3	13,6
Total	22	100%

Fonte dos dados: ROOS, CM. Coleta direta de dados por meio de periódicos.

Interdependente a cada tema central, os artigos focalizaram alguns subtemas, sendo que 22,5% (n=5) versaram acerca de estratégias para o tratamento da dependência química (A9, A11, A13, A12, A14), 18% (n=4) abordaram as ações de RD como sendo importantes estratégias para a promoção e a prevenção da saúde no âmbito escolar (A5, A7, A10, A22), 13,5% (n=3) dos estudos demonstraram a possibilidade de trabalhar a RD através de abordagens individuais e que mantêm a privacidade e o anonimato do usuário (A4,A9,A13), 22,5% (n=5) tinham como centralidade em sua discussão as políticas públicas referentes a RD (A1, A3, A15, A19, A20), já 13,5% (n=3) refletiram sobre os aspectos teóricos e éticos que ‘atravessam’ esta polêmica diretriz de trabalho (A18, A16, A22), 18% (n=4) dos artigos eram avaliações de Programas de Redução de Danos (PRD) já implementados e em pleno desenvolvimento (A2, A6, A8, A14), 4,5% (n=1) teve foco em discussões sobre as intervenções de algum profissional específico que trabalham nos PRDs (A17) e apenas um dos artigos, ou seja, 4,5% (n=1) da amostra, analisou a concepção dos usuários sobre drogas (A21). Tal constatação traz a tona a pouca visibilidade do usuário que ainda perdura nas publicações científicas, exigindo dos pesquisadores estudos que os aproxime destes cidadãos.

5.2.5 Apresentação dos Resultados

Na seqüência foi realizada a leitura seletiva e analítica e sendo as principais idéias posteriormente descritas. Esta etapa também é o momento em que o pesquisador “trabalha” os artigos capturados, codificando, categorizando e sintetizando-os. Após a análise, desenvolveu-se a interpretação dos resultados evidenciados, com o intuito de identificar as ações de RD voltadas para os usuários de drogas.

5.3 Considerações Éticas em Pesquisa

As questões éticas referentes à pesquisa foram respeitadas, bem como os direitos autorais na medida em que os autores, de todos os artigos consultados, foram devidamente referenciados no estudo.

6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

6.1 Análise e Interpretação

Através da análise e interpretação dos dados extraídos, foi possível analisar e caracterizar quais são as ações de redução de danos que vem sendo efetivamente implantadas e trabalhadas nos diversos âmbitos de atuação da RD, tanto em domínios literalmente práticos quanto aquelas ações pautadas em reflexões teóricas, políticas e éticas, considerando assim a RD a partir de um caráter ampliado, tendo ações também ligadas a transformações nas políticas públicas⁽³⁰⁾. Estas informações foram divididas em três categorias: ações de redução de danos Práticas, Políticas e Teórico-éticas.

O Quadro 5 mostra uma listagem das ações identificadas nos artigos analisados na RI, conforme a categoria de apreciação e discussão.

Quadro 5 - Ações de redução de danos, conforme categorias de análise e discussão. Porto Alegre, 2011.

Ações de Redução de Danos		Código dos Artigos
Políticas *	→ A nova legislação brasileira sobre drogas – a Lei nº. 11.343/2006 41, que revoga a Lei nº. 10.409/2002 e a Lei nº. 6.368/1976 – apresenta alguns avanços historicamente significantes e reveladores de um posicionamento político mais moderado em relação às drogas. Esta lei distingue a condição de usuários e dependentes de drogas e aborda atividades de prevenção ao uso indevido, atenção à saúde e	A1, A3, A7, A15, A19 e A20 (6 artigos)

reinserção social (A1, A3, A15).

→ Outra mudança expressiva refere-se ao estabelecimento de penas alternativas ao crime definido como porte de drogas para consumo pessoal (A19, A20).

→ A Política Nacional Antidrogas passou por um processo de realinhamento discursivo e o CONAD aprovou, em 2005, a Política Nacional sobre Drogas, esta se orienta para a redução da oferta (ações de prevenção e repressão ao tráfico de drogas ilícitas), a redução da demanda de drogas (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e a redução de danos (A1, A3).

→ Em relação a atenção a saúde, a Política Nacional sobre Drogas converge com a política do Ministério da Saúde ao reiterar o objetivo de implantar e pôr em prática uma rede de assistência a indivíduos com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas. O tratamento, recuperação e reinserção social devem resultar da configuração de uma rede assistencial integrada e articulada, constituída por instituições governamentais e não governamentais do setor saúde e da assistência social: unidade básica de saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, CAPS ad, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergência, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas (A1, A3, A15).

→ A política do Ministério da Saúde, inscrita no escopo da Política de Saúde Mental, contrapõe-se claramente ao modelo de atenção baseado na internação em hospital psiquiátrico ou em comunidade terapêutica tendo em vista a abstinência como meta exclusiva do tratamento (A1, A3).

→ Enquanto a política do Ministério da Saúde se posiciona em favor da construção de um modelo de atenção orientado pela lógica da redução de danos, a Política Nacional sobre Drogas admite e incentiva a coexistência de distintos modelos de atenção a saúde de usuários de álcool e outras drogas (A1).

→ O processo de formulação e implementação das políticas públicas sobre drogas oscilou entre aquilo que deveria ser – o mais transparente possível, e corresponder, da melhor

	<p>forma, as necessidades dos cidadãos que são os beneficiários finais da política – e aquilo que efetivamente tem sido – um jogo marcado por pressões externas e interesses das indústrias (de um lado a indústria bélica, de outro as indústrias de bebidas alcoólicas e de produtos destinados ao refino de drogas) (A3).</p> <p>→ O foco permanece oscilando entre a ênfase na segurança pública que reafirma a “guerra as drogas” e a ênfase na saúde pública (centrada nos danos individuais e coletivos) em um contexto latino-americano de redução do papel do Estado à função de mero facilitador na esfera da provisão – em detrimento de sua legítima prerrogativa de garantia de direitos, valores e atividades societários, havendo um enfrentamento entre duas perspectivas: a Política Pública Sobre Drogas (defendida e implementada pela SENAD) e a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas (defendida e implementada pelo Ministério da Saúde) (A7).</p> <p>→ O instrumento normativo máximo é a Lei 10216/2002 (A1).</p>	
<p>Teórico- éticas &</p>	<p>→Dentre os principais argumentos que justificam a atual política mundial da intolerância e de repressão ao uso de drogas é uma resposta mais imediata de que o uso de drogas pode causar algum dano a saúde, mas estes modelos ocasionam, na realidade, um consumo extremamente inconsciente, desfavorável, desimpedido, descontrolado e desenfreado (A22).</p> <p>→A idéia de acabar com o uso de drogas entre os seres humanos é irreal, pois, para isto acontecer, seria necessário modificar a própria condição ontológica do homem (a tarefa intransferível de cuidar de seu próprio existir), todo e qualquer esforço, seja de caráter preventivo ou de tratamento ao uso de drogas, que pretender universalmente negar esta possibilidade humana, estará fadado ao fracasso (A22).</p> <p>→Abordagem de redução de danos é um terreno fértil para firmar um novo objetivo preventivo: reduzir vulnerabilidades ao uso nocivo de drogas, estabelecendo, assim, um contraponto a abordagem proibicionista, ou seja, em vez de trabalhar somente a abstinência e a repressão, o sentido da prevenção deveria ser o de promover ações</p>	<p>A16, A18 e A22 (3 artigos)</p>

redutoras de vulnerabilidades ao uso nocivo de drogas e não o de decidir e definir pelos outros quais os comportamentos mais adequados e corretos e o fenômeno da dependência não é uma condição imutável (A18).

→ Para que a família exerça uma função de referência cuidadora e contribua efetivamente para a prevenção do uso de drogas entre seus membros, há necessidade do suporte de políticas públicas com vistas a inserção de crianças e jovens em atividades de cunho educativo e social (A18).

→ É na relação direta com a comunidade, que os profissionais das áreas de saúde e educação, mediante parcerias firmadas com as instituições e serviços, poderão investir em ações e diretrizes de cunho preventivo e que promovam o acesso a educação, a saúde e a qualidade de vida da família, no intuito de fortalecer os fatores protetores (diálogo, a família estruturada e atividades sociais e educativas) e minimizar os fatores de risco (o meio, a influência dos pares e a utilização de drogas pela família) (A18).

→ As regras de enunciação a respeito das drogas se aproximam daquelas que definem a marginalidade e o tráfico, compondo o código moral que localiza o “mal” nos indivíduos. Estes atravessamentos discursivos adquirem materialidade no preconceito verbalizado em relação ao trabalho com RD, como, por exemplo, quando se externaliza o argumento de que a troca de seringas ou cachimbos é um incentivo ao uso de drogas. Nesse sentido, o trabalho do redutor passa a ser confundido com a ilegalidade e a marginalidade, e o próprio redutor pode ser visto como alguém “suspeito”, e não como um agente/trabalhador da saúde (A16).

→ Diversos agentes colaboram para a construção da “droga” enquanto um problema social, entre eles, os agentes políticos, repressivos, terapêuticos e midiáticos.

→ A política de drogas no Brasil tem sido conduzida por várias instâncias: a SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas) e diferentes Ministérios (Saúde, Educação e Justiça), pelos CONENs (Conselhos Estaduais de Entorpecentes), COMENs (Conselhos Municipais de Entorpecentes) e pela sociedade civil organizada. Tal

diversidade se reflete na legislação e nas políticas sobre drogas, as quais possuem orientações até certo ponto controversas. A SENAD, órgão responsável pela PNAD (Política Nacional Antidrogas), por exemplo, é ligada ao Gabinete de Segurança Institucional e dirigida por um representante das Forças Armadas. A orientação política é a redução da demanda e da oferta de drogas, tendo como pressuposto básico alcançar uma sociedade “livre das drogas” e a “busca da conscientização do usuário de drogas ilícitas acerca de seu papel nocivo ao alimentar as atividades e organizações criminosas” (A16).

→ O trabalhador em redução de danos fica preso em uma posição ambivalente, ora vendo-se (e sendo visto) como trabalhador da saúde, ora numa condição de marginalidade e sem garantias para executar seu trabalho (A16).

→ A rede enunciativa que define a RD e, por conseqüência, o trabalho do redutor, se apóia na promoção do exercício da cidadania do usuário, o que significa o reconhecimento, em primeiro lugar, da condição de cidadão portador de direitos, antes da condição de usuário de drogas na sociedade. Não se impõe a abstinência, mas se afirma a importância de se avaliarem os riscos que são, sem dúvida, reais (A16).

→ Outras lógicas se processam quando se alia o discurso em torno do uso das drogas à preocupação com a AIDS: no imaginário social a representação da AIDS como “castigo divino”, como mais uma alegação de “culpado”, dependendo a forma de contágio - as “vítimas inocentes” pela transmissão através do parto ou por transfusões de sangue; e os “culpados”, pela transmissão por via sexual ou uso de drogas, reforçando o cerco sobre os desviantes, denunciando pessoas com comportamentos distintos daqueles socialmente aceitos. Profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas são duplamente culpabilizados por seu comportamento. AIDS: “epidemia das anormalidades sexuais”, e a morte de seus portadores também foi social, atravessada pelo estigma e preconceito (A16).

→ Pensar a inserção da RD e o trabalho dos redutores como um movimento de resistência a um discurso/modo de subjetivar dominante e como uma forma de construção de

	cidadania (A16).	
Práticas #	<p>→ Unidade Móvel para a população adstrita; Oferta de serviços nos locais definidos: diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV; coleta de sangue, Papanicolau e escarro; vacinas contra Hepatite B, Dupla Adulto e Tríplice Viral; clínica de abordagem síndrome de DSTs; orientação e aconselhamento em relação à prevenção e ao tratamento de doenças e diminuição de riscos e danos relacionados ao consumo de substâncias psicotrópicas; fornecimento de insumos para prevenção e redução de danos (preservativos masculino e feminino, luva, lubrificante, kits de redução de danos, material informativo), encaminhamentos para inclusão em programas da rede de saúde, tratamento para dependência de álcool e outras drogas, dispositivos sociais e de inserção no trabalho (A2, A14).</p> <p>→ Acesso a direitos sociais, especialmente o direito a saúde. Alcance de populações vulneráveis ofertando estes cuidados, contribuiu para a aproximação desses usuários aos seus direitos como cidadãos (A2).</p> <p>→ Voz e cidadania aos usuários: referem-se à redução de danos como um facilitador, um intermediário entre as demandas que apresentam e os serviços sociais e de saúde; posicionando-se como cidadãos, não se comportam como subalternos junto aos serviços para os quais são encaminhados pela redução de danos; avaliação crítica da Unidade Móvel de RD, formulando sugestões para o seu aprimoramento (A2).</p> <p>→ Disponibilização de questionário on-line correspondente à primeira etapa de um projeto de redução de danos (projeto Baladaboa) para usuários de <i>ecstasy</i>. Estes foram espontaneamente respondidos, além disso, muitos indivíduos enviaram endereços de <i>e-mail</i> e telefone de contato, solicitando resultados e colocando-se à disposição para fornecer maiores informações ou para participar de outras pesquisas. A todos os participantes que enviaram os seus endereços eletrônicos foi remetido um <i>e-mail</i> agradecendo a participação e informando que o trabalho resultante da pesquisa diagnóstica realizada seria disponibilizado na Internet. Metade dos comentários, teceram elogios à iniciativa, incentivou os pesquisadores a executar as ações</p>	<p>A2, A4, A5, A6, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A17 e A21</p> <p>(13 artigos)</p>

propostas, ou ofereciam ajuda no que fosse necessário (A4).

→ A idéia da transmissão de conhecimentos como base da prevenção ao uso indevido de drogas permeia a maioria das ações das escolas acerca da questão das drogas. Palestras para o corpo discente mostram-se como a prática mais comum da prevenção ao uso indevido de drogas nas escolas. O treinamento para resistir do Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD) foi citado como exemplo de proposta preventiva (A5).

→ Sensibilização e preparo dos funcionários da rede de atendimento quanto ao acolhimento e disponibilização dos insumos de redução de danos. (A6)

→ Avaliação da percepção tanto dos usuários das unidades de tratamento de álcool e drogas quanto dos profissionais que atuam nessas unidades em relação à distribuição dos kits e os reflexos desta nova prática na organização desses serviços (A6).

→ Cursos de treinamento para agentes de saúde que lidam com usuários de drogas injetáveis (A6).

→ Encaminhamento para centros de testagem, aconselhamento e tratamento em HIV/AIDS, abordagens nas escolas, intervenções na comunidade, troca de seringas pontuais. Já as atividades de campo dos redutores de danos incluíam, além das acima citadas: encaminhamento para consultas e tratamento em dependência química, aconselhamento, visita domiciliar, trocas de seringas, abordagem de usuários de *crack* (com ou sem troca de cachimbos), distribuição de insumos, informação para comunidade, plantões na sede do programa, abordagem de profissionais do sexo, população carcerária, moradores de rua, capacitação de equipes de saúde (dentre eles, os agentes comunitários de saúde), vacinação para hepatites, oficinas de geração de renda, atividades culturais, terapia comunitária, reunião de equipe, participação em eventos de capacitação, grupo de estudos, participação em Conselhos (A8).

→ Substituição do tabaco tradicional por produtos orais que contenham nicotina, como o tabaco sem fumaça (A9).

→ Intervenções para jovens usuários de inalantes e medicamentos prescritos, através de questionário *Think*

	<p><i>Smart</i> em três âmbitos: escola, comunidade e família (A10).</p> <p>→ Música como instrumento de prevenção do uso abusivo de drogas, elaborada especialmente para esta finalidade, utilizada em conjunto com um questionário e seguida por um processo de discussão realizado em grupo (grupo reflexivo), visando o aprofundamento das questões (A11).</p> <p>→ Usuários de drogas relatam que períodos de "pausa" (sem uso de substâncias) para se recuperarem dos efeitos colaterais e a busca pela internação é uma forma de redução de danos, onde ele "descansa" (ou seja, tenta reduzir a tolerância farmacológica) a fim de recuperar, após a alta, o prazer intenso da utilização da substância (A12).</p> <p>→ <i>Check up Free Standing, Feedback e Entrevista Motivacional</i> via telefone para usuários de álcool, maconha (adultos e jovens), gays e bissexuais soropositivos. Marketing é feito em empresas e nas escolas. A divulgação da intervenção baseia-se no pressuposto de que o <i>check up</i> não é um tratamento, mas uma oportunidade sem pressão para aqueles que têm preocupações e querem fazer "um balanço" de suas experiências com o apoio de um profissional. Anonimato e privacidade são garantidos (A13).</p> <p>→ Informações voltadas para os usuários de drogas quanto as noções básicas do sistema circulatório, da diferença entre artérias e veias, técnica para obter acesso venoso e os locais nos locais de punção com menor dano físico, mudança de injeção de cocaína para aspiração (A17).</p> <p>→ Espaços de reflexão e construção de conhecimentos e informações voltados para os usuários de drogas e famílias nos CAPS ad (A21).</p>	
--	--	--

Fonte dos dados: ROOS, CM. Coleta direta de dados por meio de periódicos.

A partir da categorização e da realização da síntese das ações de redução de danos que foram identificadas nos artigos desta revisão integrativa, muitas informações puderam ser apreendidas, pretendendo dar uma idéia da complexidade do panorama da RD. Buscou-se, então, refletir sobre os aspectos considerados mais relevantes, entrelaçando os dados com encontros teóricos que permitiram os mais incríveis devires, e quem sabe, pressupostos de invenção.

Partindo das informações capturadas e analisadas, pode-se dizer que a RD mostra-se como uma diretriz de trabalho com sentido de devir e de heterogeneidade, opondo-se ao estável, ao idêntico, ao constante. Poderia ser chamada então, de ‘ciência nômade’, aquela que perambula, e opta por seguir um fluxo, num campo em que se submete a uma incessante problematização, relativa a um conjunto de atividades coletivas, não se limitando a questões meramente biológicas e científicas de regulação da vida. Assim, vai operando com sentimento e vontade e não com moralismos, sendo motivada por afetos e pela alteridade⁽³¹⁾.

Constata-se pelos achados, que a Ciência, a Moral, o Estado, a Consciência, a Razão permanentemente estão objetivando submeter as diferenças, seja a loucura ou o uso de drogas, a regras, regimentos, critérios de julgamento, promessas de uma utópica e ‘gorda saúde dominante’^{xiii}, eliminando aquilo que é considerado desvio do padrão de rotulagem⁽³¹⁾. Para tanto, torna-se fundamental a formação de redes comprometidas com a potencialização da vida, com capacidade de transversalizar a teoria e a prática, visto que já existe legislação vigente para fazer acontecer efetivamente as ações de redução de danos.

Talvez, estas experimentações vislumbradas nos artigos, através dos relatos das ricas experiências já sendo desenhadas e o contato com o estranhamento do(no) outro sujeito, fortaleçam possíveis novas ações que reorganizem e ressignifiquem os espaços de saúde, tendo como pressuposto a produção do cuidado e novas racionalidades frente ao sujeito que faz uso de alguma substância psicoativa.

A produção, seja de novas práticas ou de desejos, conta sempre com forças, fluxos e cortes que atravessam, rompem e corrompem as representações, não aceitando o sempre já-dado (abstinência) o sempre “já-lá” (práticas prescritivas)⁽³²⁾.

^{xiii} Expressão utilizada por Deleuze em oposição a ‘frágil saúde irresistível’ dos escritores, onde a própria noção de fragilidade poderia comportar um sentido de abertura, de lugar de trânsito entre devires e novos modos de subjetivação. (Deleuze G. A literatura e a Vida In: Crítica e Clínica. Rio de Janeiro, 2008).

Assim, a RD cria linhas de fuga em produção do novo, ‘o mundo se dando’, inventando novos desejos, novas crenças, novas formas de cooperação e associação. A relação profissional-usuário empreendida nessas circunstâncias deve ser a de indivíduos que se dizem respeito, como parceiros e como aliados na construção de si próprios e de um mundo de produção singular da saúde⁽³²⁾.

Um encontro que valorize a riqueza da potencialidade humana mesmo que, na maioria das situações de uso e abuso de drogas, esteja mergulhada e quase afogando em vulnerabilidades sociais, é capaz de produzir protagonismos (um exemplo são os agentes da redução de danos, ou melhor, os redutores de danos, que continuam a realizar seu trabalho sem condições de segurança e respaldo trabalhista do Estado, muitas vezes sendo marginalizados e confundidos com traficantes). O desafio trata-se de utilizar a riqueza infinita dos papéis sociais possíveis, entretanto, se faz fundamental que estas possibilidades sejam promovidas ativa e constantemente⁽³³⁾.

Entretanto, apesar de vários avanços nas políticas públicas, a intervenção moral é comumente a primeira, sendo seguida pela jurídica, e é exercida por vários agentes sociais (mídia de massa, instituições religiosas, ONGs). Nesse sentido, a efetividade da intervenção moral depende de um consenso que o legitime e justifique. No Brasil, as mídias de massa comprometem-se com um consenso de uma imagem demonizada do traficante e do usuário de drogas também, através da constante exposição e exploração de situações de violência vinculadas ao uso e tráfico de drogas, produzindo na população sentimentos de medo e indignação, demandando ações de segurança e punição aos ‘indesejáveis’ e ‘descartáveis’ ou não adequadamente inseridos (ocultamente) a lógica de consumo capitalista, considerando também a existência de uma obscura política seletiva de extermínio referente a esses ‘indesejáveis’, selecionando os que podem e os que devem morrer, já com uma lógica autoritarista e repressiva introjetada⁽³⁴⁾. As minorias marginalizadas são geralmente a

população que vive nas favelas, além dos próprios traficantes, sendo esta população composta por negros e nordestinos de baixa renda ou em miséria concreta ^(35, 36, 37).

Esse destaque que é dado a violência, desloca o olhar que deveria ser direcionado as condições de vulnerabilidade social, desigualdades e extrema carência e que efetivamente contribuem para estes mecanismo de produção de criminalidade, de potencial de mobilização perante a massa, atrelando-se a uma “microgestão” de pequenos medos e toda uma insegurança molecular permanente” ^(38:94).

Outro aspecto que suscitou reflexões corresponde ao ‘ideal de saúde’ ou ‘saúde como ideal’, ‘comportamento saudável’, ‘uso indevido de drogas’, ‘comportamentos inadequados’, ignorando e/ou negando que possa haver arranjos outros para o indivíduo que tenha comportamentos ‘não-saudáveis’. Esta dicotomia despreza a possibilidade de que existem inúmeros modos de produção de saúde, que podem passar tanto pelo prazer quanto pelo sofrimento ⁽³⁹⁾. A saúde como um direito, convocado universalmente e inquestionável bem estar total, numa idéia utópica e imaculada de uma gorda saúde dominante. Dominante por corresponder a modelos padronizados e hegemônicos e gorda por não permitir novos traçados de produção de si, de devires outros, com uma consequente despotencialização da vida ⁽⁴⁰⁾.

Esta reflexão traz a tona uma discussão acerca do maniqueísmo regulamentador das vidas, ou seja, retrata uma dicotomia entre o que se considera saudável e o que se afirma não saudável, ou se é abstinente ou se é drogado, se tem HIV e é homossexual é uma forma de castigo pelo desvio de manter uma prática sexual não idealizada. Daí as modalidades de tratamento e diagnóstico direcionadas a cura, pois o uso de drogas também continua a ser considerado uma patologia, sendo enquadrada em sutis dispositivos de controle (prisão, justiça terapêutica) ^{xiv} legitimados pelos manuais médicos.

^{xiv} O DSM-IV *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* denomina que usar drogas é uma doença chamada ‘dependência química’.

Os movimentos sociais da reforma psiquiátrica e da Luta Antimanicomial criam condições para uma lógica outra na gestão e cuidados, através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS e CAPSad). Com a criação desses serviços, substitutivos ao modelo manicomial passa a ser pautado em uma lógica de território^{xv} sendo possível a produção de redes de saúde com múltiplas abordagens e criando um espaço legítimo e instituinte para efetivar as ações de RD⁽⁴¹⁾.

É interessante ver também o caráter de engajamento político dos redutores de danos, podendo estabelecer um paralelo com a psiquiatria democrática italiana: “...uma das sortes que tivemos em nosso trabalho foi que a nossa união não emanava da profissionalização, mas da finalidade política”^(42:23). Com esta configuração de trabalhadores inseridos na comunidade, a RD pode ir ao encontro das pessoas que usam drogas e oferecer um maior número possível de alternativas preventivas, de suporte psicossocial e promoção de saúde, tanto para o usuário quanto para o grupo social.

Após a leitura e análise dos 22 artigos que compuseram a amostra da revisão integrativa, foi possível identificar alguns aspectos que estão relacionados ao fato de as ações de redução de danos enfrentarem embates limitadores de sua efetivação enquanto diretriz de trabalho. Além destes aspectos, também foram identificadas possibilidades que desafiam as lógicas hegemônicas e maniqueístas de atuação neste âmbito da saúde.

Mesmo se tratando de uma política oficial de saúde pública, a RD encontra ao longo do seu percurso, variados entraves gerados por práticas e discursos vinculados a um paradigma de ‘guerra as drogas’, predominando a questão sob o viés da segurança pública e enfrentamento militar do tráfico, somado ao ideal de abstinência e a repressão ao uso de

^{xv} Território compreendido como um objeto dinâmico, vivo de inter-relações, que engloba características físicas de uma dada área e as marcas e relações produzidas pelo homem (Santos M. O país distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania. São Paulo: Publifolha; 2002).

drogas⁽⁴³⁾. Além disso, outras limitações abordadas nos artigos demonstraram que a inserção profissional dos redutores de danos é precária, há dependência de trabalho voluntário para a execução das atividades/ações de RD, há forte influência quando ocorrem mudanças de gestão municipal e estadual para a continuidade de projetos e de parcerias, assim como para a manutenção de recursos humanos e financeiros dos programas. Estes elementos geram descontinuidade no atendimento à população⁽⁴⁴⁾.

Outros fatores como o medo, a insegurança, o baixo poder aquisitivo, a dificuldade de acesso a educação/informação e aos serviços de saúde, bem como, residir nas proximidades de áreas de venda e consumo de drogas e depender do vínculo com o tráfico como forma de trabalho, são imperativos fundamentais que limitam a apreensão dos pressupostos da RD⁽⁴⁵⁾.

Poucos estudos discutem o trabalho e os trabalhadores em redução de danos (redutores de danos), além disso, o preconceito é notório ocasionando muitas dificuldades em relação à inserção institucional da RD no sistema de saúde e nas políticas sobre drogas⁽⁴⁶⁾.

A construção social/legal proibitiva em torno do uso/produção/venda de drogas ainda configura o trabalho do redutor de danos como um trabalho de risco, por exemplo, quando o trabalhador tem que entrar em locais que não conhece, quando não é morador da comunidade onde atua, quando não conhece previamente os usuários e/ou não tem “acesso liberado” aos pontos de uso e venda de drogas. Nestas ocasiões as tarefas de “abrir campo” - conhecer e ser conhecido pela comunidade estabelecendo uma relação de trabalho - e identificar os usuários podendo acarretar algumas dificuldades, como áreas “proibidas” e problemas com o tráfico local. Além desses riscos, existem situações de confronto com a polícia, pois, apesar da existência de proteção legal, existem relatos de lesões corporais e detenção destes trabalhadores em razão do material que carregam (seringas, cachimbos) e da suspeita acionada pelos locais onde andam (locais de uso e tráfico de drogas)⁽⁴⁶⁾.

A forte ligação da RD com a AIDS parece servir, dentre outros, como uma possibilidade de legitimar novas formas de ver e trabalhar com o usuário de drogas numa sociedade onde o interesse no cuidado ao usuário começa quando este passa a oferecer algum risco à população “normal”. A focalização exclusiva na AIDS desconsidera questões de caráter mais amplo, ligadas a transformações nas políticas públicas e as contradições internas das diretrizes públicas, aumentam o espaço de influência de um código moral conservador nas decisões políticas^(44,47,48).

Diretrizes e políticas públicas que guiam as ações, para que estas possam ser integradas, organizadas e principalmente contínuas, tanto do ponto de vista da população atendida quanto a organização e da proteção do trabalhador que realiza o atendimento, são fundamentais para busca de formas de sustentabilidade para o trabalho dos redutores, e que estas, possibilitem suportes mínimos para viabilizar uma reflexão sobre si e sua prática⁽⁴⁶⁾.

As políticas refletem uma arena em que comparecem múltiplos interesses (produtores, comerciantes, governo, usuários, especialistas). O foco permanece oscilando entre a ênfase na segurança pública que reafirma a “guerra às drogas” e a ênfase na saúde pública (centrada nos danos individuais e coletivos) em um contexto latino-americano de redução do papel do Estado à função de mero facilitador na esfera da provisão – em detrimento de sua legítima prerrogativa de garantia de direitos, valores e atividades societários^(49,50,51,52).

Outros apontamentos apreendidos ao analisar os artigos, são as abordagens distorcidas da RD, referentes a promoção da saúde nas escolas, visto que nestes programas enfatiza-se a transmissão de informações pautadas pelo amedrontamento e apelo moral, utilizando técnicas que poderiam ser resumidas a persuasão dos indivíduos para a abstinência, com o *slogan*: “Diga não às drogas”. Não há uma preocupação com as diferentes formas de uso ou com a abordagem dos fatores facilitadores do abuso de drogas, as intervenções são pontuais, na

forma de palestras pautadas num “modelo de treinamento para resistir” as pressões de envolvimento com drogas, exercidas por grupos de pares, pela mídia e até pelos pais. Inclui uma série de exercícios e atividades em sala de aula que ensinam ao estudante: recusar, esquivar-se, não ceder diante da oferta de drogas. Estes programas são aplicados muitas vezes por policiais. Os resultados das avaliações apontam para algum ganho significativo imediato, tanto no conhecimento como na redução do padrão de uso de drogas, mas ao contrário da aquisição de conhecimento, não há redução do uso de drogas nas avaliações após um ano ou mais⁽⁵³⁾.

No âmbito da escola, evidenciou-se também, sobrecarrega de trabalho, redução de espaços de reflexão, muita dificuldade em assumir a responsabilidade da prevenção do uso indevido de drogas relativo à consciência de seu despreparo, passando, assim, a negar a pertinência do tema aos seus domínios, falta de formação, informação e o preconceito gerado pelo lugar social real ou atribuído ao usuário de droga na comunidade^(45,53).

Nas situações diretamente relacionadas ao uso de drogas ilícitas predominam as atitudes de impotência e paralisia, precipitadas pelo medo gerado pela associação entre usuário e traficante. O uso de drogas e marginalidade no ideário da sociedade é descrita como fenômeno mundial, gerando muito preconceito^(45,53).

Uma das dificuldades encontradas pelos redutores de danos se refere à falta de uma supervisão de campo não atrelada à coordenação, que possa oferecer um espaço de reflexão e discussão acerca das mobilizações emocionais produzidas pelo seu trabalho⁽⁴⁴⁾.

Como possibilidades, os artigos apontaram que ao relacionar o modelo de redução de danos aos dispositivos do SUS (ESF, NASF, e também os CAPS, CAPSad), oferece-se um modelo de educação preventiva que constrói, junto com o outro, possibilidades de escolhas

mais autênticas, mais livres e facilita o acesso e a aproximação do usuário ao sistema de saúde (A22). Outra questão relevante que pode ser facilitadora da RD seria o trabalho conjunto entre ACS e redutores, podendo vislumbrar encaminhamentos e a aplicação dos princípios da RD nos atendimentos familiares cotidianos realizados pelo ACS, ampliando a cobertura das ações em RD, bem como possibilitando um contato mais amplo com a população, incluindo toda a família e facilitando o acesso aos serviços disponíveis⁽⁴⁶⁾.

A escola aparece como sendo o espaço privilegiado para o desenvolvimento de atividades preventivas, visando a educação para a saúde. Contudo, torna-se espaço importante se a mesma trabalhar pelo viés de programas voltados para o desenvolvimento de habilidades sociais, visto que seriam mais efetivos do que os baseados na transmissão de informações e os voltados para o treinamento de tomadas de decisão^(45,53).

Outras abordagens na escola, menos relacionadas à postura tradicional, têm sido propostas, como por exemplo, o oferecimento de alternativas, educação para a saúde e a transformação das condições de ensino, que inclui modificação das práticas institucionais, melhoria do ambiente escolar, incentivo ao desenvolvimento social, oferecimento de serviços de saúde, envolvimento dos pais em atividades curriculares. Assim, o objetivo real das intervenções na escola deverá ser a compreensão do que está acontecendo com o aluno e o reforço dos vínculos saudáveis deste⁽⁴⁵⁾.

Outros aspectos pertinentes foram a adoção das concepções de Redução de Danos na lógica ampliada, ou seja, as estratégias de redução de danos não se restringindo a troca de seringas e sim sendo voltadas a diminuição de riscos e agravos à saúde em todos os aspectos, além da busca ativa e os princípios da Reforma Psiquiátrica^(54,55,56).

Uma capacitação teórica dos educadores para uma prática preventiva teria a função de ratificar aquela desenvolvida a partir da sua vivência na escola com as situações (in)diretamente associadas ao abuso de drogas. Conseqüentemente, os tornariam mais seguros nas suas intervenções de redução de danos ou risco com os usuários^(45,57,58,59,60).

O trabalho em conjunto com líderes comunitários favorece a identificação de locais que a comunidade refere como pontos de encontro de UDIs e que, sem a ajuda de pessoas que conhecem bem sua região, não seria possível atingi-los, por serem inacessíveis a quem não pertence à comunidade. Outra parceria fundamental e que pode ser facilitadora no trabalho com a RD é entre a Polícia Militar e os profissionais dos PRD, pois busca uma sensibilização e desconstrução de estigmas frente ao usuário de drogas, que é feita através de visitas às Delegacias e apresentação da legislação da RD para as autoridades^(54,56,61,62,63,64).

SÍNTESES MOMENTÂNEAS

O estudo realizado teve como objetivo caracterizar as ações de redução de danos voltadas para os usuários de drogas evidenciadas na literatura científica, bem como identificar o que os dados trouxeram como limites e possibilidades para o desenvolvimento desta diretriz de trabalho do SUS.

De forma a contextualizar brevemente a temática em questão, foi apresentado um panorama histórico da redução de danos e suas implicações práticas, considerando estas ações como uma mudança de perspectiva, podendo ser considerada como uma forma de desconstrução crítica do modelo manicomial operante, repleto de rupturas conceituais e invenção de novas propostas de cuidado, pois instiga e desafia a uma articulação entre as propostas da reforma psiquiátrica com a responsabilização entre equipes e usuários.

Após, realizou-se a busca nos periódicos tendo em vista os critérios elencados como delimitadores da revisão integrativa, segundo Cooper⁽²⁸⁾. O conjunto de 22 artigos selecionados mostrou-se representativo desse foco das ações de redução de danos voltadas para os usuários de drogas, levando em consideração que a RD é uma política é relativamente

nova no Brasil. Estas informações foram organizadas em três categorias: ações de redução de danos Práticas, Políticas e Teórico-éticas.

Chega-se a conclusão, a partir desta RI, que as pessoas desejam que a sua diferença seja contemplada, mas as ofertas de conexão feitas no “mundo do cuidado” são padronizadoras e não aceitam os desvios da diferença. É o usuário o elemento mais significativo nas cenas do cotidiano, pois nos mostram as limitações das nossas formas de atuação. A diferença do outro nos invade quando não o compreendemos ou impomos ao outro aquilo que é nosso valor, numa lógica medicalizante e maniqueísta do modo de viver.

Reconhecer a legitimidade de o cidadão tomar as decisões para a sua vida é a implicação necessária a nós trabalhadores da saúde, colocando-nos em um lugar ético político de atuação, sujeitos militantes que validam o debate de questões e desafios que se colocam nesta cena. Outro importante aspecto é perceber que, lidar com a complexidade dos sujeitos e a multicausalidade dos problemas relacionados ao uso de drogas, é um aprendizado, pois tais encontros são geradores de diferenças, conflitos, afetos. A RD trata-se de um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania e também contratualidade em diferentes âmbitos da vida: ambiente, rede social e trabalho.

A partir desta revisão integrativa, foi possível constatar que a RD possibilita a construção de um saber coletivo e de uma prática mais rica de possibilidades, além disso, ajuda a ampliar o olhar da atenção ao grupo familiar e ao contexto social tecendo resultados mais positivos do que aquele que reduz o sujeito a sua doença ou a substância que porventura utilize.

Esta diretriz de trabalho é um contraponto na forma de funcionamento da sociedade em que são perceptíveis os diversos aparelhos que assumem a gestão de nossas vidas, de instituições que produzem, controlam e orientam os comportamentos. (gorda saúde). Designa-

se a identificação e minimização dos fatores de vulnerabilidades sociais, econômicas e de saúde, bem como a potencialização dos fatores de proteção, cidadania e defesa da vida.

A RD é capilarização e busca a universalidade, ou seja, ações que sejam para todos, numa amplitude que possa incluir as diferenças, numa outra ordem de relação, ou seja, num movimento instituinte de abordagem clínica-política, diferenciando-se de outros programas institucionalizados e prescritivos.

Pode-se, a partir desta revisão integrativa, afirmar que são necessários três aspectos chave para trabalhar a efetivação da RD enquanto diretriz de trabalho:

- 1) Operação subjetiva: aprender a separar o que é da ordem moral (do profissional) do subjetivo (do sujeito), demandando implicação, persistência, e incorporação dessa lógica flexível e transversal, que é a RD;
- 2) Construção conceitual: visando uma efetiva implementação dos pressupostos do SUS e da RD.
- 3) Transição política-organizativa: há vontade política (do gestor, do trabalhador)?; Existem serviços e equipes suficientes? Existem espaços de reflexão para os trabalhadores que atuam em constante tensionamento para a saúde cumprir o seu papel de integralidade, considerando a pessoa ou o uso que ela faz de drogas no seu território, oferecendo aquilo que ela realmente necessita e não aquilo que é prescrito como cuidado?

A lógica de ação da RD é usuário centrado, objetivando o direito a cidadania destes sujeitos e fazendo cumprir seus direitos humanos. A RD não se propõe a prescrever uma verdade e os atores desta diretriz de trabalho constantemente encontram-se ‘desdobrando’ as polêmicas que surgem no seu cotidiano de trabalho, onde trabalha-se com o ‘real’ e não com um ‘ideal’, que ainda incide sobre a prática de muitos profissionais da área da saúde.

O nosso papel enquanto atores da saúde e construtores de conhecimento é tecer o artesanato dessas redes outras que não são apenas as redes da área da saúde, mas da vida. E a RD passa a ser uma mediação de alguns recursos que já existem na comunidade, mas que tem pouca visibilidade ou nenhum acesso aos usuários, e que, inserindo-se nesses espaços em um movimento itinerante e dinâmico, vislumbra-se uma clínica-política e polêmica, tomada por disputas e tensionamentos.

É preciso um salto político mais instituinte e uma recusa a essa dicotomia entre o clínico e o cultural. A riqueza desse percurso talvez seja essa: falar do uso de drogas sem tomar como referência a ideia ou o discurso de doença mental ou questão moral.

Precisamos manter vivos os questionamentos e verificar se as práticas dos serviços de saúde estão fazendo diferença na vida das pessoas, nos territórios e nos municípios ou estão iludidos em uma pretensa resolutividade de certas tecnologias de trabalho. A RD nos permite reaprender o trabalhar em saúde a partir de dinâmicas relacionais, somando os diversos conhecimentos. Focar a atenção com o olhar voltado para o “indivíduo em relação” e não o “indivíduo biológico”.

Brindemos, então, ao ‘Luto da nossa onipotência biomédica’ e limitações ideológicas (produção de procedimentos ao invés da produção do cuidado), sendo que o trabalho em saúde deveria ser intercessor e acreditar na potencialidade do tempo como facilitador de percursos e de mudanças, na busca de uma potência produtora de afetos, transformando-os em um exercício de reconhecimento gestado nos encontros.

Na medida em que este encontro começa a bordejar outros campos, próprios do percurso humano, toma-se outro fôlego para colocar em questão a experiência de estar com o outro em exposição. Nossas fragilidades ajudam a construir formas mais solidárias de construção de conhecimento, permitindo ter mais coragem de olhar os problemas e arrancar as

amarras produzidas por nós mesmos, pois no fundo o que está em jogo é a pergunta: como conseguir implementar mudanças se a nossa necessidade de ser estratégico nos tolhe a criatividade?

Parte das práticas em saúde se mostra incapaz de responder aos desafios contemporâneos e/ou gerar linhas de fuga para os modos dominantes de viver a vida e inventá-la. Como um saber-poder da ciência, as ações por vezes são positivistas e estas, conduzem a vida do outro e adéquam singularidades ao estabelecido, ao padrão. Assim como a vida tem sido reduzida à sua dimensão biológica, algumas práticas em saúde ficam reduzidas a sua dimensão técnica. Há aí um matiz variado de colorações: desde a conexão atualizada, historicizada, problematizadora e contextualizada com a complexidade contemporânea até a alienação focada, intimista, descontextualizada, a.histórica, especializada e ‘resolvedora de problemas’.

No âmbito das drogas, uma intervenção que pretenda alguma consistência, autonomia e honestidade há de buscar refletir sobre as diferentes instituições transversais (saúde, corpo saudável, moral, interesse financeiro, política partidária...). Problematizar a frente da Redução de Danos (RD) nesse caso é fundamental.

Atuar em favor da vida envolve transitar constantemente em situações delicadas, controversas, inusitadas, fluidas. Há vidas mantidas por fios tênues e cortantes, verdadeiros fios de navalha. Para tanto, é preciso tensionar os impulsos com energias e não com choques, num processo de negociação e responsabilização, problematizando as práticas e os saberes em um território em que existem múltiplas disputas e políticas de distintos atores, onde todo mundo supõe tudo e o sofrimento das pessoas parece não ter lugar.

Pensemos a RD então como uma diretriz que reconhece e promove novas possibilidades de vida, novas alternativas de recursos para as pessoas, grupos e comunidades

com as quais atua e abre outras amplitudes de existência humana, como uma nova maneira de trabalhar as questões relacionadas ao uso de drogas. Esta diretriz é um exercício que se coloca dinâmico, assim como o processo de Reforma Psiquiátrica, sempre inacabado e ousado, parecido com a coragem de se entregar ao Amor.

Incorporar a RD pode facilitar esse caminhar para o outro, colaborando com que ele ouse prudentemente percepções outras, que lhe facultem melhores condições de autonomia, de viver na vida, uma saúde possível. Também nos convida a considerar que as possibilidades para o Humano, para um corpo, para o sentir, aprender, expressar e afetar estão sempre em aberto. Até porque seria uma postura anticientífica, na acepção mais honesta possível de ciência, achar que as doutrinas convencionais da ‘gorda saúde dominante’ tenham descoberto todas as verdades possíveis e sejam suficientes.

A reflexão nos permite atravessar os óbvios costumeiros, o conhecido, a pobreza imitativa. É preciso libertar o cuidado dos dispositivos funcionalistas, produtivistas e fragmentários ainda presentes nas políticas de saúde com o intuito de atender as pessoas que fazem uso de drogas.

Atuar contextualizado com o contemporâneo e as demandas da vida. A novidade que a RD proporciona para nós, atores da saúde mental, parece ser fazer novas perguntas e dar respostas ‘absurdas’ as velhas... novo pelo que ela não é: sentir-pensar-fazer novo é não-institucionalizar, não-culpabilizar, não-especializar, não-conduzir a ação do outro, não-isolar, não-naturalizar, não-infantilizar, não-moralizar, não-constranger, não-biologizar...

Finalmente, sugere-se estudos referentes a implementação da RD em diversos âmbitos de atuação em saúde, na comunidade e nas escolas.

REFERÊNCIAS

1. Roos CM. A concepção de uma equipe atuante em um CAPS sobre a Reabilitação Psicossocial [trabalho de conclusão de curso]. Ijuí (RS): Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul; 2004.
2. Alarcon S. Aos homens de boa vontade: estudo sobre sujeição e singularidade. In: Paulo Amarante. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000: (1) 25-40.
3. Mesquita F. Estratégias de Redução de Danos. II Congresso virtual HIV/AIDS, 17 de outubro de 2001. http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=49
Acessado em: 15 de agosto de 2009.
4. Brasil MS. Política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília DF, 2003.
5. Baremblytt G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 2 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.
6. Rolnik S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina; Ufrgs, 2006.
7. Foucault M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1981.
8. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1982.
9. Brasil. MS. Coordenação Nacional de DST/ Aids. *Manual de Redução de Danos: saúde e cidadania*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

10. Rotteli F et al. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.
11. Foucault M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: Foucault M, Ética, Sexualidade e Política: Ditos & escritos, vol. V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a, p. 264-287.
12. Schneider JF, Camatta MW, Nasi C, Kantorski LP, Wetzel C. Utilização da Avaliação de Quarta Geração em um Centro de Atenção Psicossocial. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2009 mar;30(1):131-5.
13. Pelbart P P. A nau do tempo rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Imago, 1993.
14. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia, vol. 1. Rio de Janeiro: 34 Letras; 1997.
15. Ayres J R. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser. A vulnerabilidade como eixo de avaliação de Ações Preventivas entre crianças e adolescentes. Tozzi D, Santos N, Amarao C, Almeida E, Silva E, Pereira M. Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/AIDS. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996. P.15-24
16. Rigoni R Q. 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]-Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
17. Cruz M S. Práticas médicas, toxicomanias e a promoção do exercício da cidadania. In: Acelrad G. (org.) Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000: 233-244.
18. Acelrad G. A educação para a autonomia: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas. In: Acelrad G. (Org.) Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000: 161-188
19. Conte M. et al. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. Boletim da Saúde: Porto Alegre (RS). Jan-jun 2004; 18 (1): 59-77.

20. Brasil. Portaria Nº 1.028/GM de 1º de Julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.
21. Bastos FI. Redução de danos e saúde coletiva: reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira. In: Sampaio CMA et al. Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos. Rio de Janeiro: ABORDA, 2003.
22. Armani T. Ceccim RB. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro. dez 2001; 23: 30-56.
23. Galvão CM, Sawada NO, Trevisan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*.2004; 10(1): 549-56.
24. Perisse ARS, Gomes M, Nogueira AS. Revisões sistemáticas (inclusive meta análises) e diretrizes clínicas. In: Gomes M (org). *Medicina baseada em evidências: princípios e práticas*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2001: 131-48.
25. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2007; 11 (1): 83-89.
26. Toledo MM. Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS: revisão integrativa. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem]. São Paulo. Universidade Federal de São Paulo. 2008.153p.
27. Thorne S, et al. Chronic illness experience: insights from a metastudy. *Qualitative health research*. 2001; 2(4):437:452.
28. Cooper HM. *The integrative research review: a systematic approach*. Newbury Park: Sage, 1989.
29. Ganong LH. Integrating reviews of nursing research. *Research in nursing & health*. 1987; 10 (1): 1-11.
30. Broome MG. *Integrative review in the development in nursing: foundations, techniques and applications*. Philadelphia WB, Saunders Company, 1993.

31. Coppel, A. & Doubre, O. Drogues: risquer une question. *Vacarme*, 2004; 29: 82-85.
32. Deleuze G. Guattari F. O anti Édipo: capitalismo e esquizofrenia. Lisboa: Assírio & Alvin, 1996.
33. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: rev. De saúde coletiva*, Rio de Janeiro; 2004; 14(1): 41-65.
34. Baratta A. Prefácio. In: Batista V M. *Difíceis Ganhos Fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.
35. Batista VM. *Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.
36. Batista N. Política criminal com derramamento de sangue. In: *Discursos Seduciosos (Rio de Janeiro)*, Rio de Janeiro; 1998; 5 (6):77-94.
37. Rodrigues T M S. A infundável guerra americana: Brasil, EUA e o narcotráfico no continente. In: *Rev. São Paulo em Perspectiva*. 2002; 16(2):102-111. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v16n2/12116.pdf>
38. Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*, Vol. 3. São Paulo, 34, 2004.
39. Coelho D M. Fonseca TMG. As mil saúdes: para quem e além da saúde vigente. In: *Rev. Psicologia e Sociedade*, 2007; 19(2):65-69. www.scielo.br/pdf/psoc/v19n2/a09v19n2.pdf
40. Fuganti L. Biopoder nas políticas de saúde e desmedicalização da vida. Discurso proferido no CRP-RJ em 29 de março de 2007.

Disponível em: http://escolanomade.org/tikiread_article.php?articleId=37.
41. Dias R M. *Do asilo ao CAPSad: lutas na saúde, biopoder e redução de danos*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia]. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008. 169 f.

42. Basaglia F. Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. São Paulo; Brasil Debates; 1979.
43. Sodelli M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. Ciênc. saúde coletiva 2010;15(3): 637-644.
44. Nardi HC, Rigoni RQ Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009: 25(2):382-392.
45. Moreira FG et al Uso indevido de drogas em escolas públicas Rev Saúde Pública 2006;40(5):810-7
46. Nardi HC; Rigoni RQ. Marginalidade ou cidadania? a rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos [Psicol. estud](#);2005:10(2):273-282.
47. Silva S M, Spiassi A L, Alves D C, Guedes DJ, Leigo R O. Redução de danos: estratégia de cuidado com populações vulneráveis na cidade de Santo André - SP. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo. Saúde e Sociedade, 2009;18(2).
48. Delbo F et al Avaliação da Disponibilização de Kits de Redução de Danos Saúde e Sociedade v.15, n.1, p.37-48, jan-abr 2006
49. Alves VS. Modelos de Atenção a Saúde de Usuários de Álcool e outras drogas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(11):2309-2319, nov, 2009
50. Garcia MLT; Leal FX; Abreu CC. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. Psicologia & Sociedade; 2008: 20 (2): 267-276.
51. Souza J; Kantorski LP. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) 20073(2).
52. Moretti-Pires RO, Ghizelli Carrieri C, Ghizelli Carrieri G. O Estado frente a temática das drogas lícitas e ilícitas: Avanços da nova Legislação e desafios frente ao Sistema Único de Saúde. SMAD Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas 2008: 4: 1-13.

53. FG Moreira, DX Silveira e SB Andreoli Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006;11(3):807-816.
54. Vieira JKS et al. Concepção sobre drogas: relatos dos usuários do CAPS-ad, de Campina Grande, PB. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*, 2010;6(2):274-295.
55. Almeida SP, Bizeto J, Silva MTA. Análise de comentários espontâneos elaborados por usuários de ecstasy em pesquisa on-line. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(6):389–95.
56. Adorno RCF. Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)* 2008; 4:1.
57. Gruenewald et al. Reducing adolescent use of harmful legal products: intermediate effects of a community prevention intervention. *Subst Use Misuse*. 2009; 44(14): 2080–2098.
58. Marques AB; Coelho CLS; Avila LA. Música removendo barreiras e minimizando resistências de usuários de substâncias. *Rev. SPAGESP [online]*. 2007;8(1).
59. Fontanella B J B, Turato E R. Spontaneous harm reduction: a barrier for substance-dependent individuals seeking treatment? *Rev. Bras. Psiquiatr.* . 2005;27(4): 272-277.
60. Walker D D et al. The check-up: in-person, computerized, and telephone adaptations of motivational enhancement treatment to elicit voluntary participation by the contemplator. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2007; 2(2).
61. Mund AP et al. Delivering Care Out of the Box: The Evolution of an HIV Harm Reduction Medical Program. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2008;9(3): 944-951.
62. Oliveira EB, Bittencourt LP, Carmo AC. A importância da família na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes: papel materno. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*. 2008; 4(2).

63. Gregis C; Martini JG. Cultural competence process in nursing care to injectable drugs users in the damage reduction project in Porto Alegre, Brazil. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.). 2006:1(2).
64. Rodu B, Godshall W, Tobacco harm reduction: an alternative cessation strategy for inveterate smokers Harm Reduction Journal 2006, 3:37:
<http://www.harmreductionjournal.com/content/3/1/37>

APÊNDICE

Roos CM. Formulário de Análise dos Artigos incluídos na revisão integrativa. Porto Alegre, 2011.

REVISÃO INTEGRATIVA **FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS** **TEMÁTICA: Ações de Redução de Danos Voltadas para Usuários de Drogas**

- **1. Dados de identificação:**
- Título:

- Autores: Titulação:

- Periódico: Ano: Volume: Número:

- Descritores / Palavras-Chave:

- **2. Objetivo/Questão de investigação:**

- **3. Metodologia:**
- Tipo de estudo:

- População/Amostra: Local onde o estudo aconteceu:

- Técnica de coleta de dados:

- **4. Resultados:**

- **5. Limitações/Recomendações:**

- **6. Observação:**