

## TEXTO 03

### Redução de danos



### Redução de Danos e Classificação das Drogas

Cursistas, iniciamos o terceiro módulo do curso “Acolhimento em Políticas Sobre Drogas no SUAS”, neste momento do curso algumas provocações serão lançadas a respeito da importância da Política de Redução de Danos com usuários(as) de drogas, para isso vamos mergulhar um pouco na história da redução de danos, iniciando na Europa até chegar ao Brasil.

Compreender como o outro se apresenta, possibilita a identificação das prioridades, facilitando a construção do Projeto Terapêutico Singular/ Plano Individual de Acompanhamento, potencializando a Proteção Social e o Cuidado, que são extremamente necessários em uma atuação que vise à redução de danos.

Neste sentido, é preciso compreender o que significa a dependência química, de forma ampla desprovida de preconceitos e estereótipos. Permitindo ao(a) usuário(a) fazer suas escolhas de sobre continuar fazendo uso da droga, parar de usá-la, trocar a droga utilizada por outra, ou, ainda, reduzir o uso. Em todos os casos, o princípio norteador sempre será o respeito à liberdade de cada usuário.

Para tal mudança de referencial sobre o agir, da política do combate para a de redução de danos, é importante que os(as) profissionais que atuam nos equipamentos públicos da Política da Assistência Social tenham acesso a informações qualificadas, produzidas por órgãos e entidades acadêmicas e científicas, fora do senso comum. Consideramos para fins da política e, conseqüentemente, deste curso, a perspectiva apontada pela Organização Mundial da Saúde, para a organização o termo “droga refere-se a qualquer entidade química ou mistura de entidades que altere a função biológica e possivelmente a estrutura do organismo” (OMS, 1981).

Cabe destaque o fato de que as chamadas substâncias psicoativas ou drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o cérebro, modificando o seu funcionamento, podendo provocar alterações no humor, na percepção, comportamento e estados da consciência. Podendo causar dependência, o uso nocivo das drogas está previsto na Classificação Internacional das Doenças,



# Redução de Danos



O uso de álcool e outras drogas pode alterar seus sentidos e sua capacidade de decisão quanto ao uso do preservativo e de estratégias de proteção para uso de drogas.

A redução de danos consiste em um repertório de cuidado, constituído de um conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas para as pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas.

Incluem-se nas estratégias de prevenção a recomendação do não compartilhamento de instrumentos e a utilização de materiais descartáveis, inclusive para o uso de silicone industrial e hormônios entre pessoas trans.

O acolhimento, a promoção da saúde e o cuidado nos serviços é um direito de todas as pessoas, independentemente do uso de álcool e outras drogas, bem como silicone industrial e hormônios.



Aqui, o critério de sucesso de uma intervenção não segue a lei do “tudo ou nada”. São aceitos objetivos parciais. As alternativas não são impostas de “cima para baixo”, por leis ou decretos, mas são desenvolvidas com participação ativa da população beneficiária da intervenção

## E qual a origem do conceito?

Segundo Abrams & Lewis (1999), a RD não chega a ser uma novidade na medicina. Hipócrates já orientava aos jovens médicos: *primum non nocere* (em primeiro lugar, não cause danos). Se entendermos que a RD é a ampliação dos objetivos das intervenções, aceitando metas sub-ótimas quando o objetivo ideal não é acessível, podemos dizer que toda a medicina é baseada na redução de danos, pois a maior parte das doenças não tem cura, apenas tratamentos de controle ou paliativos, como a diabetes, as dislipidemias e a maior parte dos cânceres.

“Na verdade, a história da prática de saúde pública está centrada nas estratégias de redução de danos, desde a limpeza do suprimento de água até o rastreamento de doenças infecciosas” (ABRAMS & LEWIS, 1999).

A este respeito a Constituição da República Federativa do Brasil (1988) é clara em seu artigo 196, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

## Onde e quando começaram as práticas de RD?

Segundo Buning (2006), os primeiros a desenvolverem políticas de RD foram: especialistas, autoridades locais e representantes de usuários de drogas, em algumas cidades europeias. Tudo começou nos anos setenta, principalmente em Amsterdã e Roterdã, na Holanda, e em algumas cidades britânicas, como Liverpool. Outras cidades europeias, como Zurique, na Suíça, Frankfurt, na Alemanha e Barcelona, na Espanha, começaram mais tarde.

Todas estas cidades enfrentavam sérios problemas com fármaco dependentes, comunidades protestando, rede de atendimento inadequada e sensação de impotência e ineficácia da força policial. A RD, com seu foco no pragmatismo, pareceu ser a estratégia mais lógica a ser seguida. Em Amsterdã, por exemplo, o aumento de dependentes de heroína somado à transmissão das hepatites e, posteriormente, ao aparecimento da AIDS, na década de oitenta, trouxe uma preocupação a mais para a população com relação aos usuários de drogas injetáveis, e a situação exigiu uma atitude.

A opção de intervenção das autoridades sanitárias incluiu: programas de redutores de danos nas ruas (fornecendo intervenções em situações de crises, dando informação e apoio bem como encaminhando os dependentes às instituições de atendimento), terapias de substituição de heroína por metadona<sup>1</sup> e trocas de seringas. Na Inglaterra, o primeiro centro de RD foi o Maryland Center, em Liverpool – Merseyside, lá além da troca de seringas e agulhas e terapias de substituição, o Dr. John Marks desenvolveu um programa de distribuição de heroína para os dependentes de heroína, retomando as orientações do Comitê Rolleston<sup>2</sup>.

O programa do Dr. Marks reduziu drasticamente as mortes por overdose. A dose desejável de heroína é muito próxima da dose letal e a diferença de pureza da droga pode ser o suficiente para induzir a overdose. Desta forma, a disponibilização controlada de heroína de pureza conhecida evitou que os usuários morressem por overdose, entre outros benefícios, como reduzir

---

<sup>1</sup> A **metadona** é um analgésico narcótico sintético com múltiplas ações quantitativamente similares àquelas da morfina, exercendo suas principais funções sobre o sistema nervoso central e órgãos compostos de músculos lisos, alterando os processos que afetam tanto a percepção da dor como a resposta emocional à dor.

<sup>2</sup> A redução dos danos relacionada ao uso de drogas tem origem no Comitê Rolleston, em 1926, que concluiu que a manutenção de usuários por meio do emprego de opiáceos era o tratamento mais adequado para determinados usuários. Com o aparecimento da AIDS, o tema voltou à tona devido à possibilidade de contágio por drogas injetáveis e o compartilhamento de seringas e agulhas. (INFODROGAS, 2013)

complicações por contaminação e afastar os usuários da criminalidade. Após alguns anos desenvolvendo este trabalho em Liverpool, Dr Marks levou sua experiência para a Suíça e, mais recentemente, para a Nova Zelândia. Em 1990, foi realizada em Liverpool a 1ª Conferência Internacional de Redução de Danos associados às Drogas (1st International Conference on the Reduction of Drug Related Harm).

Como a cidade foi uma das primeiras a introduzir a troca de seringas, isto atraía, a cada ano, centenas de visitantes que queriam aprender sobre o Modelo de Redução de Danos desenvolvido na região de Mersey. Assim, a conferência foi uma forma de tratar este interesse. Na segunda conferência, ocorrida no ano seguinte em Barcelona, desenvolveu-se um movimento no sentido de disseminar os princípios que estavam por trás da proposta de redução de danos, compartilhar o conhecimento e as experiências em torno do mundo e promover a evidência científica crescente que embasava esta proposta. Assim, em 1996, foi fundada a Associação Internacional de Redução de Danos – International Harm Reduction Association (IHRA) – com o objetivo de apoiar o desenvolvimento de RD, permitir a troca de conhecimentos por meio das conferências internacionais e proporcionar um ambiente de suporte para todos que trabalham com redução de danos.

Este movimento é muito significativo, uma vez que, durante muito tempo, a dependência de álcool ou de outras drogas foi considerada dentro de uma visão moralista, segundo a qual a pessoa se tornava dependente por falta de caráter, desvio de conduta. Hoje, admite-se que o desenvolvimento da dependência inclui fatores biológicos, psicológicos, comportamentais, culturais, sociais, enfim, passou-se a perceber o caráter multidisciplinar e complexo da síndrome de dependência. Com base nessa concepção, o dependente pode ser visto como alguém que necessita de ajuda e a quem deve ser disponibilizada uma rede de serviços que proporcionem sua recuperação e sua reinserção social, principalmente nos casos onde o uso abusivo esteja o afastando de suas relações sociais significativas.

## Enquanto isso no Brasil...

### REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL



No Brasil, a primeira iniciativa formal voltada para a RD, foi em 1989, no município de Santos, em São Paulo.

Nessa época, o município apresentava uma das maiores taxas de infecção por HIV. Seguindo o exemplo, do que havia se mostrado exitoso na Europa para a redução da transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis, a

Secretaria Municipal de Saúde implantou o primeiro programa destinado à troca de seringas, através do Programa Municipal de AIDS.

No entanto, esse programa foi interrompido por meio judicial, pois se alegava, à época, que a prática de troca de seringas seria uma ação que incentivava o consumo de drogas.

Tal ação foi baseada na Lei 6.368 de 1976, que dispunha sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes, na ocasião se autuou os coordenadores dos serviços de saúde onde haviam trocas de seringas, enquadrando-os como “traficantes e facilitadores ao uso de drogas” (RIBEIRO, 2013).

Após esse lamentável incidente, vários movimentos surgiram, tanto em ONGs quanto em Universidades, associações de usuários de drogas e até em organizações governamentais, onde as ações de RD mostravam-se eficazes diante do aumento crescente tanto das taxas relacionadas ao uso de drogas, como das taxas de transmissão do HIV e das hepatites B e C.

Com isso, em 1995, através da Universidade Federal da Bahia (UFBA), pesquisadores e profissionais do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) implantaram, de forma pioneira, não só o Programa de Redução de Danos, com troca de seringas, como também o primeiro Consultório de Rua no Brasil.

Os Consultórios na Rua (CnaR), conforme explicam Trino et al. (2015), surgiram a partir da junção das experiências da Atenção Básica, dirigidas à população em situação de rua em algumas cidades brasileiras e dos Consultórios de Rua, focados na atenção à dependência química desta população, os consultórios criados através de projetos promovidos pela Coordenação Nacional de Saúde Mental.

Como serviço componente da Atenção Básica na Rede de Atenção Psicossocial, o CnaR deve contar com uma equipe multiprofissional e integrar suas ações junto às Unidades Básicas de

Saúde, CAPS, Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção. Os CnaR devem ter vínculo com pelo menos uma Unidade Básica de Saúde no território em que atua, proporcionando, assim, uma importante porta de entrada para que a população em situação de rua possa vincular-se e inserir-se na RAPS e no SUS. (TRINO ET AL, 2015, p. 28)



Portanto, de acordo com Silva e Pinheiro (2019), as primeiras abordagens de RD tinham como primeiro propósito, reduzir a crescente disseminação do HIV, porém, com o passar dos anos, o avanço dessas práticas de RD foram se consolidando e ganhando espaço, com objetivo de olhar para os usuários de drogas com “pensamentos menos centrados no controle e na repressão” “visando o bem-estar da pessoa, buscando a melhoria dele como também da população e operando com os princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS”.

Assim, a Política de RD nos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, como os CAPS Ad (para tratamento de pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas), é regulamentada por meio da Portaria N° 1.059 de 2006, sempre contando com equipes multiprofissionais.

### **Nota Técnica 11/2019 e Lei 13.840/2019: principais retrocessos na Política sobre Drogas**

Em 2019, o governo federal aprovou o que chamaram de “nova política de drogas”, que determina a internação voluntária e involuntária de usuários(as) que fazem uso ou abuso de substâncias psicoativas, além de incluir as Comunidades Terapêuticas (CT) como instrumento da viabilização dessa “nova política”.

A partir dessa aprovação, o governo federal vem alterando cada vez mais a Política Nacional de Saúde Mental e de Álcool e outras Drogas, aprovando resoluções internas do Ministério da Saúde, como a Nota Técnica 11/2019 e também a aprovação da Lei 13.840/2019.

Para Moreira (2019), na Política de Álcool e outras Drogas, vinha-se lutando contra a implementação das CT na RAPS, pois tais entidades não têm capacidade para lidar com



**COMUNIDADES  
TERAPÊUTICAS  
NÃO PODEM SER  
CONSIDERADAS  
ESTABELECIMENTOS  
DE SAÚDE**



problemas complexos, como é o abuso de substâncias psicoativas.

Tais CT são, majoritariamente, vinculadas a igrejas e organizações religiosas bem como não dispõem de aparato médico. Em geral essas comunidades são marcadas por uma estrita rotina de atividades de oração e trabalho e, boa parte delas, localiza-se em fazendas

distantes de áreas urbanas visando o distanciamento completo do usuário a tudo que lembre o vício, utilizando uma metodologia inversa à da Redução de Danos.

Além disso, as CT tratam o uso e abuso de álcool e outras drogas como um problema moral.

As alterações atuais na Política Nacional de Drogas são reflexos da onda ultraconservadora e de fundamentalismo religioso que assola nosso país.

**Sobre a inclusão das comunidades terapêuticas, a nova lei determina, em seu artigo art. 26-A, que:**

*“O acolhimento do usuário ou dependente de drogas na comunidade terapêutica acolhedora caracteriza-se por:*

- I – oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência;*
- II – adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas;*
- III – ambiente residencial, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares, atividades práticas de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal, vocacionada para acolhimento ao usuário ou dependente de drogas em vulnerabilidade social;*
- IV – avaliação médica prévia;*
- V – elaboração de plano individual de atendimento na forma do art. 23-B desta Lei; e*
- VI – vedação de isolamento físico do usuário ou dependente de drogas.*

*§ 1º Não são elegíveis para o acolhimento as pessoas com comprometimentos biológicos e psicológicos de natureza grave que mereçam atenção médico-hospitalar contínua ou de emergência, caso em que deverão ser encaminhadas à rede de saúde.” (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019).*

As comunidades terapêuticas, conforme aponta Moreira (2019), “têm conquistado, nos últimos anos, um poder político e econômico bastante preocupante.

Estas instituições, de acordo com Moreira (2019), via de regra, se constituem como “pequenos manicômios”, onde os direitos dos(as) usuários(as) são sistematicamente desrespeitados”. E a autora ainda complementa:

*“As ações efetuadas nessas instituições, muitas vezes, são “atividades de cunho religioso, tais como: aulas, cultos, oração, leitura da Bíblia (‘como intervenção divina de salvamento da alma e obediência’), bem como grupos de espiritualidade”. Por esses motivos, compreende-se que as comunidades terapêuticas não são espaços para tratamento de pessoas que abusam ou criam dependência de substâncias psicoativas.” (p. 5)*

Apesar de todas as denúncias já realizadas sobre as CT, o governo federal, em 2018, anunciou mais verbas para investir na criação de mais de 20 mil vagas nas CT, diminuindo (ainda mais) o financiamento para manutenção e ampliação dos principais serviços substitutivos da RAPS, como os diversos tipos de CAPS, Residências Terapêuticas e Centros de Convivência.

A respeito desses serviços substitutivos, a Nota Técnica 11/2019, promulgada pelo atual governo, deixa claro que não há tais tipos de serviços que substituam os hospitais psiquiátricos, afirmando que o hospital psiquiátrico pode ser humanizado necessitando apenas de mais investimento, o que vai contra os princípios e orientações da Lei 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica.

Portanto, afirmamos, que para o governo conseguir resolver uma questão tão complexa, como o uso e abuso de drogas, não será o melhor caminho propor e/ou incentivar a internação involuntária desses indivíduos.

Essa questão deve ser tratada como um problema de Saúde Pública, cuidando dos indivíduos em seu território e incluindo-os no seu processo de recuperação, conforme preconiza a Lei 10.216, “evitando, assim, o enclausuramento e as longas internações, para que estes possam continuar vivendo e convivendo em sociedade” (MOREIRA, 2019).

Fonte: <https://blog.cenatcursos.com.br/a-politica-de-reducao-de-danos/>

## **REDUÇÃO DE DANOS NO ESTADO DE PERNAMBUCO**

No Estado de Pernambuco é possível apontar um importante equipamento neste sentido que é a Escola Livre de Redução de Danos<sup>3</sup>, surge como proposta de fortalecimento dos direitos humanos para pessoas que usam drogas no Estado. Tem como principal propósito desenvolver diversos tipos de atividades, desde a formação técnica e política, estudos, pesquisas, até mesmo intervenções práticas em campo e fortalecimento dos movimentos sociais nesse tema. É possível saber mais através do link: (<https://www.escolalivredereducaodedanos.org/>).

Além deste espaço, o Programa ATITUDE (Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares) foi criado em setembro de 2011 como elemento central da política sobre drogas do Estado de Pernambuco e tem se apresentado como uma experiência exitosa neste sentido. Saiba mais em: (<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/ufpe-programa-atitude-sumario-executivo-2016.pdf>).

## **LEVANTAMENTO SOBRE USO DE DROGAS PSICOATIVAS NA PANDEMIA**

Publicação da Escola livre de Redução de Danos em Pernambuco publicou em 2021 os resultados da pesquisa sobre o Levantamento Sobre Uso de Drogas Psicoativas na Pandemia

Em meio à da segunda onda da pandemia de Covid-19 no Brasil, o presente estudo busca trazer à luz o impacto do isolamento social imposto como medida sanitária ao surto, na primeira onda, sobre as pessoas que usam drogas. Buscou-se avaliar a alteração de humor nas pessoas e entender as modificações do padrão de uso de drogas, bem como as relações entre humor e drogas (ESCOBAR et al, 2021).

Saiba mais em: <https://youtu.be/rgZZZdITCo>

<sup>3</sup> A Escola Livre de Redução de Danos é uma organização político profissional planejada desde 2017, que ganhou o mundo em 2019. Fundada pelos profissionais da redução de danos Anamaria Carneiro, Ingrid Farias, Arturo Escobar, Rafael West e Priscilla Gadelha, com o objetivo de compartilhar, criar e difundir as histórias, conceitos e práticas cotidianas no cuidado com pessoas que usam drogas e no aprendizado entre pares. Confira o vídeo com as fundadoras e fundadores da Escola Livre sobre os 30 anos da redução de danos no Brasil no link: <https://youtu.be/lQrtq4NNYzM>

Outra produção neste sentido, é Limites da correria: redução de danos para pessoas que usam estimulantes. Saiba mais em:

(<https://drive.google.com/file/d/1UDw80wOkYRRUQo95xeY5dd1H-fnS1zGF/view>)

A Escola Livre de Redução de Danos estimula as produções das diversas áreas na temática de Redução de Danos. Vamos divulgar textos, narrativas, entrevistas, artigos que contribuem para aprofundar as reflexões políticas e sociais em torno desses temas

(<https://drive.google.com/drive/folders/1TmjrUqd76n7UHNT4zwL6UkuxLVvRQpZ9>)

## Conhecendo as Drogas:

### Drogas depressoras da atividade mental

Essa categoria inclui uma grande variedade de substâncias que diferem acentuadamente em suas propriedades físicas e químicas, mas que apresentam a característica comum de causar uma diminuição da atividade global ou de certos sistemas específicos do Sistema Nervoso Central/SNC. Como consequência dessa ação, há uma tendência de ocorrer uma diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade e é comum um efeito euforizante inicial e, posteriormente, um aumento da sonolência.

<b>Barbitúricos</b>	Os barbitúricos são um grupo de substâncias sintetizadas artificialmente desde o começo do século XX, que possuem diversas propriedades em comum com o álcool e com outros tranquilizantes (Benzodiazepínicos). Seu uso inicial foi dirigido ao tratamento da insônia, porém a dose para causar os efeitos terapêuticos desejáveis não é muito distante da dose tóxica ou letal. O sono produzido por essas drogas, assim como aquele provocado por todas as drogas indutoras de sono, é muito diferente do sono “natural” (fisiológico).
<b>Benzodiazepínicos</b>	Esse grupo de substâncias começou a ser usado na Medicina durante os anos 1960 e possui similaridades importantes com os barbitúricos em termos de ações farmacológicas, com a

	<p>vantagem de oferecer uma maior margem de segurança, ou seja, a dose tóxica é muito maior que a dose terapêutica. Atuam potencializando as ações do GABA (ácido gama-amino-butírico), o principal neurotransmissor inibitório do SNC</p>
<b>Opioides</b>	<p>Grupo que inclui drogas “naturais”, derivadas da papoula do oriente (<i>Papaver somniferum</i>), sintéticas e semissintéticas, obtidas a partir de modificações químicas em substâncias naturais. As drogas mais conhecidas deste grupo são a morfina, a heroína e a codeína, além de diversas substâncias totalmente sintetizadas em laboratório.</p>
<b>Solventes ou inalante</b>	<p>Este grupo de substâncias, entre os depressores, não possui nenhuma utilização clínica, com exceção do éter etílico e do clorofórmio, que já foram largamente empregados como anestésicos gerais. Podem tanto ser inalados involuntariamente por trabalhadores ou quando utilizados como drogas de abuso, por exemplo, a cola de sapateiro. Alguns exemplos são o tolueno, o xilol, o n-hexano, o acetato de etila, o tricloroetileno, além dos já citados éter e clorofórmio, cuja mistura é chamada frequentemente de “lança-perfume”, “cheirinho” ou “loló”.</p>

**Exemplo:**

**ÁLCOOL**

O álcool etílico é um produto da fermentação de carboidratos (açúcares) presentes em vegetais.

Suas propriedades euforizantes e intoxicantes são conhecidas desde tempos pré-históricos e praticamente todas as culturas têm ou tiveram alguma experiência com sua utilização.

É seguramente a droga psicotrópica de uso e abuso mais amplamente disseminada em grande número e diversidade de países na atualidade. A fermentação produz bebidas com concentração de álcool de até 10% (proporção do volume de álcool puro no total da bebida). São obtidas concentrações maiores por meio de destilação.

Em doses baixas, é utilizado, sobretudo, por causa de sua ação euforizante e da capacidade de diminuir as inibições, o que facilita a interação social.

Há uma relação entre os efeitos do álcool e os níveis da substância no sangue, que variam em razão do tipo de bebida utilizada, da velocidade do consumo, da presença de alimentos no estômago e de possíveis alterações no metabolismo da droga por diversas situações – por exemplo, na insuficiência hepática, em que a degradação da substância é mais lenta.

### Nível de álcool no sangue

**Baixo:** desinibição do comportamento, certo grau de incoordenação motora, prejuízo das funções sensoriais.

**Médio:** maior incoordenação motora (ataxia, a fala torna-se pastosa, há dificuldade de marcha e aumento importante do tempo de resposta (reflexos mais lentos), aumento da sonolência, com prejuízo das capacidades de raciocínio e concentração.

**Alto:** podem surgir náuseas e vômitos, visão dupla (diplopia), acentuação da ataxia e da sonolência (até o coma), pode ocorrer hipotermia e morte por parada respiratória.

### Drogas estimulantes da atividade mental

São incluídas neste grupo as drogas capazes de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais, o que traz como consequências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos.

<p><b>Anfetaminas</b></p>	<p>São substâncias sintéticas. Muitas vezes, essa denominação “anfetaminas” é utilizada para designar todo o grupo de drogas que apresentam ações semelhantes à anfetamina, a primeira delas produzida em laboratório. Dessa forma, são exemplos de drogas “anfetamínicas”: o fenproporex, o metilfenidato, o manzidol, a metanfetamina e a dietilpropiona.</p> <p>Seu mecanismo de ação é aumentar a liberação e prolongar o tempo de atuação de alguns neurotransmissores utilizados pelo cérebro, como a dopamina e a noradrenalina.</p>
<p><b>Efeitos do uso de anfetaminas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição do sono e do apetite;</li> <li>• Sensação de maior energia e menor fadiga, mesmo quando</li> </ul>

	<p>realiza esforços excessivos, o que pode ser prejudicial;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapidez na fala;</li> <li>• Dilatação da pupila;</li> <li>• Taquicardia;</li> <li>• Elevação da pressão arterial.</li> </ul>
<b>Doses tóxicas</b>	<p>Com doses tóxicas, acentuam-se esses efeitos anteriores, o indivíduo tende a ficar mais irritável e agressivo, pode considerar-se como vítima de perseguição inexistente (delírios persecutórios), ter alucinações e convulsões.</p>
<b>Tolerância e abstinência</b>	<p>O consumo dessas drogas induz tolerância. Não se sabe com certeza se ocorre uma verdadeira síndrome de abstinência. São frequentes os relatos de sintomas depressivos: falta de energia, desânimo, perda de motivação, por vezes, esses sintomas são bastante intensos, quando há interrupção do uso dessas substâncias.</p>
<b>Uso clínico</b>	<p>Entre outros usos, destaca-se sua utilização como moderadores do apetite (remédios para emagrecer).</p>

## Cocaína

<p>É uma substância extraída de uma planta existente na América do Sul, popularmente conhecida como coca (<i>Erythroxylon coca</i>). Pode ser consumida na forma de um pó (cloridrato de cocaína), aspirado ou dissolvido em água e injetado na corrente sanguínea, ou sob a forma de uma base, que é fumada, o crack. Existe ainda a pasta de coca, um produto menos purificado, que também pode ser fumado, conhecido como merla.</p> <p>Seus efeitos têm início rápido e duração breve. No entanto, são mais intensos e fugazes quando a via de utilização é a intravenosa ou quando o indivíduo utiliza o crack.</p> <p><b>Efeitos do uso da cocaína:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensação intensa de euforia e poder;</li> <li>• Estado de excitação;</li> <li>• Hiperatividade;</li> </ul>
---

- Insônia;
- Falta de apetite;
- Perda da sensação de cansaço.

### Drogas perturbadoras da atividade mental

Neste grupo de drogas, classificamos diversas substâncias cujo efeito principal é provocar alterações no funcionamento cerebral, que resultam em vários fenômenos psíquicos anormais, entre os quais, destacamos os delírios e as alucinações.

<b>Maconha</b>	<p>É o nome dado no Brasil à Cannabis sativa. Suas folhas e inflorescências secas podem ser fumadas ou ingeridas. Há também o haxixe, pasta semissólida obtida por meio de grande pressão nas inflorescências, preparação com maiores concentrações de THC (tetra-hidrocanabinol), uma das diversas substâncias produzidas pela planta, principal responsável pelos seus efeitos psíquicos.</p> <p>Há uma grande variação na quantidade de THC produzida pela planta conforme as condições de solo, clima e tempo decorrido entre a colheita e o uso, bem como na sensibilidade das pessoas à sua ação, o que explica a capacidade de a maconha produzir efeitos mais ou menos intensos.</p>
<b>Alucinógenos</b>	<p>Designação dada a diversas drogas que possuem a propriedade de provocar uma série de distorções do funcionamento normal do cérebro, que trazem como consequência uma variada gama de alterações psíquicas, entre as quais, alucinações e delírios, sem que haja uma estimulação ou depressão da atividade cerebral.</p> <p>Diversas plantas possuem propriedades alucinógenas como, por exemplo, alguns cogumelos (<i>Psilocibe mexicana</i>, que produz a psilocibina), a jurema (<i>Mimosa hostilis</i>) e outras plantas eventualmente utilizadas na forma de chás e beberagens alucinógenas.</p>

<b>LSD</b>	É uma das substâncias mais potentes com ação psicotrópica que se conhece. As doses de 20 a 50 milionésimos de grama produzem efeitos com duração de 4 a 12 horas. Seus efeitos dependem muito da sensibilidade da pessoa às ações da droga, de seu estado de espírito no momento da utilização e também do ambiente em que se deu a experiência. Causa delírios grandiosos.
<b>Ecstasy</b>	É uma substância alucinógena que guarda relação química com as anfetaminas e apresenta também propriedades estimulantes. Seu uso é frequentemente associado a certas culturas, como alguns grupos de jovens frequentadores de danceterias ou boates.
<b>Anticolinérgicos</b>	Causam alucinações e delírios. São comuns as descrições de pessoas intoxicadas em que elas se sentem perseguidas ou têm visões de pessoas ou animais. Esses sintomas dependem bastante da personalidade do indivíduo assim como das circunstâncias ambientais em que ocorreu o consumo dessas substâncias. Os efeitos são, em geral, bastante intensos e podem durar de 2 a 3 dias.

Por essa razão, essas drogas receberam a denominação de alucinógenos. Em linhas gerais, podemos definir alucinação como uma percepção sem objeto, ou seja, a pessoa vê, ouve ou sente algo que realmente não existe. Delírio, por sua vez, pode ser definido como um falso juízo da realidade, ou seja, o indivíduo passa a atribuir significados anormais aos eventos que ocorrem à sua volta, por exemplo, no caso do delírio persecutório, percebe, em toda parte, indícios claros – embora irreais – de uma perseguição contra a sua pessoa. Esse tipo de fenômeno ocorre de modo espontâneo em certas doenças mentais denominadas psicoses, razão pela qual essas drogas também são chamadas psicotomiméticos.

## **Outras Drogas...**

### **Tabaco**

Um dos maiores problemas de saúde pública em diversos países do mundo, o cigarro é uma das principais causas potencialmente evitáveis de doenças e morte.

### **Cafeína**

É estimulante do SNC menos potente que a cocaína e as anfetaminas. O seu potencial de induzir dependência vem sendo bastante discutido nos últimos anos. Surgiu até o termo cafeinismo para designar uma síndrome clínica associada ao consumo importante (agudo ou crônico) de cafeína, caracterizada por ansiedade, alterações psicomotoras, distúrbios do sono e alterações do humor.

### **Esteroides anabolizantes**

Embora sejam descritos efeitos euforizantes por alguns usuários dessas substâncias, essa não é, geralmente, a principal razão de sua utilização. Muitos indivíduos que consomem essas drogas são fisiculturistas, atletas de diversas modalidades ou indivíduos que procuram aumentar sua massa muscular e podem desenvolver um padrão de consumo que se assemelha ao de dependência.

## **Crack**

O consumo de álcool, tabaco e de outras drogas agrava os problemas sociais, traz sofrimento para indivíduos e famílias e tem consequências econômicas importantes. Nesse contexto, o surgimento e o aumento rápido do consumo do crack desde a década de 1990, incrementam a gravidade dos problemas, ampliam e agravam as condições de vulnerabilidade, especialmente para a camada social mais pobre da população. No Brasil, o consumo cresceu, principalmente, entre crianças, adolescentes e adultos que vivem em situação de rua, motivando pressões diversas sobre as instituições pela necessidade de ações que deem aos usuários de crack oportunidades de viverem de forma digna e com saúde. O enfoque aqui traz uma compreensão de que o consumo e os problemas com o crack devem ser entendidos como determinados por múltiplos aspectos da existência humana, inclusive as dimensões biológicas, psíquicas e socioculturais, tanto na origem dos problemas como nas propostas de sua abordagem.

### **O que é crack?**

O crack é uma mistura de cloridrato de cocaína (cocaína em pó), bicarbonato de sódio ou amônia e água destilada, que resulta em pequeninos grãos, fumados em cachimbos (improvisados ou não).

O nome crack é derivado do ruído característico que é produzido pelas pedras quando são decompostas pelo fumo. O crack é, portanto, uma droga que leva a molécula de cocaína ao cérebro.

### **Vejamos, então, como isso ocorre:**

Após os processos químicos utilizados para extrair a cocaína da folha da coca, produz-se um pó branco (cloridrato de cocaína) que é utilizado por usuários de cocaína, seja mediante inalação nasal ou dissolvida em água para injeção nas veias.

As diversas formas de administração da cocaína (inalada, injetada ou fumada) têm efeitos distintos no indivíduo. Quando a droga é fumada, faz com que uma grande quantidade de moléculas de cocaína atinja o cérebro quase imediatamente e produza um efeito explosivo, descrito pelas pessoas que o usam como uma sensação de prazer intenso. A droga é, então, velozmente eliminada do organismo e produz uma súbita interrupção da sensação de bem estar, seguida, imediatamente, por imenso desprazer e enorme vontade de reutilizar a droga. Essa sequência é vivida pelos usuários, que adquirem um comportamento compulsivo, pois, com frequência, sentem necessidade de procurar meios de usar a droga novamente e, cada vez mais, a vontade se alterna rapidamente.

### **O que é dependência?**

O uso abusivo não significa necessariamente a dependência. Caracteriza-se a dependência pela dificuldade da pessoa parar ou diminuir o consumo pela simples decisão própria, sem o recurso de ajuda externa, seja de um especialista, de um medicamento ou de outras pessoas.

A dependência inclui fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos e leva o indivíduo a dar prioridade ao uso da droga em detrimento de outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma das características centrais da dependência é a “fissura” ou o desejo irresistível de consumir a substância.

A pessoa não se torna dependente de uma hora para outra. Existe um processo entre os diferentes níveis de consumo, no qual é possível transitar de um lado para o outro, voltar a níveis anteriores, estacionar em algum, recair, retroceder e avançar.

### **Síndrome de dependência**

A título de exemplo, adolescentes, ao serem informados sobre os riscos que correm em razão do uso de alguma droga, reagem afirmando que “não há problema porque não são dependentes”. De fato, a grande maioria dos adolescentes e mesmo dos adultos que consomem alguma substância psicotrópica não é dependente dela. Isso não significa, no entanto, que esse uso não esteja causando problemas para a sua saúde física, mental ou para a sua vida em sociedade.

### **É necessário avaliar as consequências do uso de qualquer tipo de droga**

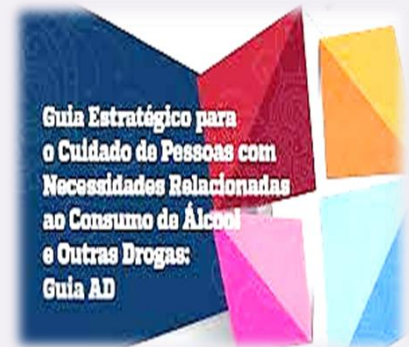
A identificação da dependência está atrelada a uma gama de fatores que se revelam mediante alguns comportamentos a serem observados em seu conjunto. Por essa razão, em vez de se falar da dependência de drogas como uma doença, adotamos a referência à “síndrome de dependência”, ou seja, um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o repetido consumo de uma substância psicoativa.

**De acordo com a Organização Mundial da Saúde, considera-se dependente de uma droga a pessoa que apresenta três ou mais das seguintes manifestações:**

- Forte desejo de consumir a droga;
- Dificuldade de controlar o consumo (por exemplo, quanto à hora em que começa ou para de fazê-lo, quanto à quantidade etc.);
- Utilização persistente da droga apesar das suas consequências prejudiciais;
- Maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades ou obrigações;
- Aumento da tolerância à droga (necessidade de doses cada vez maiores para obter o mesmo efeito);
- Síndrome de abstinência (sintomas corporais como dores, tremores ou outros, que ocorrem quando o consumo da droga é interrompido ou diminuído).

## Guia AD

O Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e outras Drogas – Guia AD, surgiu a partir das necessidades identificadas no acompanhamento dos territórios que estão implantando os serviços da Raps para atendimento aos usuários de drogas. Considerando a multiplicidade de abordagens possíveis, o Guia AD foi construído de acordo com as diretrizes do SUS e diretrizes apontadas em documentos internacionais para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação social.



O Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas – Guia AD foi formulado para os trabalhadores de saúde, que atendem usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas nas Redes de Atenção de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo nos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).



O objetivo é contribuir com a sua formação e na ampliação da sua atuação enquanto agente de mudança nas práticas de cuidado, fortalecendo, assim, o processo de trabalho das equipes a partir da utilização dos saberes práticos, técnicos e éticos para ampliar o acesso e vincular os usuários aos serviços do SUS. Por esses motivos, o Guia AD é uma ferramenta potencialmente prática para instrumentalizar processos de trabalho, favorecer as análises e intervenções dos trabalhadores.

Nesse sentido, este Guia AD deve ser encarado como oferta na condução do cuidado, elaborado entre a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (Ministério da Saúde), Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS, no Brasil), Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas (SENAD/Ministério da Justiça).



Além de reafirmar o uso de drogas como um fenômeno complexo de saúde pública, ela avança quando define como marco teórico-político-ético a Redução de Danos (RD). Esta é uma ética do cuidado que atua em defesa da vida dos usuários de drogas. Historicamente, a RD foi desenvolvida no Brasil para enfrentamento da epidemia de AIDS com os movimentos sociais, órgãos governamentais e não governamentais, sendo posteriormente reconhecida pelo Ministério da Saúde e incorporada nos campos de saúde coletiva, saúde mental e atenção básica, como estratégia de cuidado. Além disso, na RD, no Brasil, foram sendo construídas estratégias que não focam exclusivamente em procedimentos, mas na garantia da cidadania e do respeito aos direitos humanos.

O SUS vem consolidando a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), por meio do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. A Raps busca estratégias integradas para responder às necessidades dos cidadãos, em parceria com outras redes intra e intersetoriais. Estas devem estar baseadas em boas práticas, em práticas inovadoras, evidências, diretrizes da Política de Saúde e princípios éticos, sobretudo quando se presencia o surgimento de novas substâncias de uso, por exemplo: como foi o caso da cocaína, oferecida em novo formato (crack), que requerem modalidades de cuidado adaptadas aos consumidores e aos contextos onde são consumidas.

As intervenções devem ter como norte a questão do uso abusivo de substâncias psicoativas enquanto um fenômeno complexo, que requer respostas intersetoriais; a redução de danos como estratégia e diretriz de gestão de cuidado; a preconização de ações voltadas para promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação social, com foco em superar o senso comum sobre os usuários de drogas e o fortalecimento da autonomia dos usuários para o exercício de sua cidadania e coesão social.



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Estamos chegando ao final deste módulo do Curso “Acolhimento em Políticas Sobre Drogas no SUAS”, neste módulo buscamos refletir sobre o contexto aplicável da redução de danos, a classificação das drogas em substâncias (depressoras, estimulantes e perturbadoras do sistema nervoso central). Foi apresentado o Guia AD (Guia Estratégico Para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas). Também foi discutido o que é a dependência química e como pode ser verificada a dependência em um usuário de drogas por meio de uma equipe multidisciplinar e três ou mais características apresentadas pela Organização Mundial da Saúde.

A motivação para a mudança é um fator indispensável que deve ser considerada nos diversos tipos de tratamento. Lembrando que a dependência química é uma doença (CID-10) e não basta apenas o usuário querer parar ou reduzir o uso, existem outros fatores físicos e neurológicos, por isso um modelo amplamente discutido entre os profissionais que trabalham com Dependência Química é o modelo de estágios de mudança, que propõem diferentes “fases de motivação” para o tratamento do usuário, proporcionando um acolhimento humanizado para o entendimento das mudanças de comportamento, dos lapsos e recaídas dos usuários.

**Até o próximo chat**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas : Guia AD** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CENAT. **A política de Redução de Danos no Brasil: conquistas, desafios e retrocessos**. Disponível em: <https://blog.cenatcursos.com.br/a-politica-de-reducao-de-danos/>. Acesso em: 02 de fev. de 2022.

ESCOBAR, José Arturo Costa [et al.]. **Levantamento sobre o uso de substâncias psicoativas durante isolamento social contra a COVID-19** [livro eletrônico] / -- 1. ed. -- Recife, PE : Escola Livre de Redução de Danos, 2021. Disponível em: <[https://www.escolalivredereducaodedanos.org/public/files/levantamento\\_elrd.pdf](https://www.escolalivredereducaodedanos.org/public/files/levantamento_elrd.pdf)>. Acesso em: 09 de março de 2022.

NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu Xavier da (orgs.). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008. 149f.

JERUSALINSKY, A. **Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2004.

MALBERGIER, André; AMARAL, Ricardo Abrantes do. **Conceitos básicos sobre o uso abusivo e dependência de drogas**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão (UNASUS/UFMA), 2013.

RIGONI, Rafaela. **Limites da correria: redução de danos para pessoas que usam estimulantes** / Rafaela Rigoni, Joost Breeksema, Sara Woods ; prefácio à tradução inglesa José Arturo Costa Escobar ; prefácio da edição inglesa Daniel Brombacher ; tradução Bernardo Lisboa Carvalho e José Arturo Escobar. – Recife : Escola Livre de Redução de Danos, 2019.

**Drogas: classificação e efeitos no organismo**. Disponível em: <[http://www.fai.com.br/portal/pibid/adm/atividades\\_anexo/74df176f30bca479a211a121bfbc6a40](http://www.fai.com.br/portal/pibid/adm/atividades_anexo/74df176f30bca479a211a121bfbc6a40)> . Acesso em: 02 de fev. 2022.