

O que é Redução de Danos

Sérgio Alarcon

Pelo termo “Redução de Riscos e Danos” ou simplesmente “Redução de Danos” (RD) entende-se um série de ideias e práticas que, por sua riqueza e diversidade, muitas vezes gera confusões de toda a ordem.

Em primeiro lugar devemos entender a RD como uma política pública, adotada pelo setor Saúde no Brasil sendo a diretriz para a formulação e implantação de um sistema de atenção ao usuário prejudicial e a dependência de substâncias.

Para se entender a complexidade e amplidão dessa política, deve-se remeter a alguns conceitos básicos da lei do SUS e da reforma psiquiátrica. A lógica da RD se insere na ideia de que saúde é antes de tudo a qualidade de vida e não apenas ausência de doença. É dessa maneira que o norte da política de RD (como política pública) é a promoção da saúde como qualidade de vida.

Para se promover a saúde como qualidade de vida é necessário um agenciamento de serviços capilares, interdisciplinares e intersetorializados (ver Diagrama AD abaixo), capazes de atuar “corresponsavelmente” junto à cada indivíduo.

Sendo assim, pode-se definir a lógica da RD como uma política pública que visa, conforme a lei do SUS e da Reforma Psiquiátrica, **prevenir as consequências do mau uso (uso prejudicial) de substâncias psicoativas (substâncias que alteram a consciência), recuperar a saúde daqueles já acometidos, e promover a saúde como qualidade de vida.**

Essa política é operacionalizada por um dispositivo de produção da qualidade de vida que inclui equipamentos como os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPS II ad, CAPS III ad), Centros de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi), Centros de Atenção Psicossocial para neuróticos e psicóticos graves (CAPS I, CAPS II e CAPS III), Ambulatórios Ampliados de Saúde Mental, Unidades de Acolhimento (para adultos e para crianças e adolescentes), Leitos de Atenção Integral em Hospital Geral, Pontos de Acolhimento, Centros de Convivência, estratégias de matriciamento, além do agenciamento com a Atenção Primária e Consultórios na Rua, e com parceiros intersetoriais (Educação, Assistência Social, Cultura, Trabalho, etc).

DIAGRAMA AI

Em segundo lugar, além de uma política, a RD é um conjunto de práticas que pressupõe, entre outras coisas, a inevitabilidade de um determinado nível de consumo de drogas pelos indivíduos. Assim, sendo impossível uma sociedade sem drogas, ao invés de “combatê-las” ou moralizar o uso e estigmatizar o usuário, o melhor é minimizar os riscos e os efeitos danosos do mau uso (uso prejudicial).

Essas estratégias de RD são variadas e dependem de vários fatores. Por exemplo, com a urgência de se prevenir a infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis (UDIs), adotou-se, desde a década de 1980/1990, práticas de “redução de danos”. No caso específico dos UDIs, objetiva-se reduzir os danos daqueles usuários que não podem, não querem ou não conseguem parar de usar drogas injetáveis e, portanto, eventualmente compartilham a seringa e se expõem à infecção pelo HIV, hepatites e outras doenças de transmissão parenteral. Essa estratégia foi construída passo a passo, no contato dos profissionais com as pessoas expostas aos riscos de transmissão, e com a participação ativa dessas pessoas. As ações incluem educação sobre AIDS, distribuição de preservativos, aconselhamento voluntário e confidencial e testes de HIV, acesso a agulhas e seringas limpas, materiais para esterilização e encaminhamento a uma variedade de opções de tratamento na rede de saúde.

Ampliando a lógica dessa estratégia para todos os usuários de drogas além dos UDIs, tem-se a invenção de novas formas de se cuidar e tratar das consequências do mau uso de drogas. Para cada droga, para cada pessoa, em cada contexto específico, em cada território, ações de RD podem ser construídas e implementadas conjuntamente entre o agente de saúde, o usuário e seus familiares.

Com base em seus marcos legais¹ e nas estratégias executadas, pode-se esmiuçar como princípios gerais da RD como política e como estratégia:

1. Reafirmar o dever do Estado no cuidado a usuários de álcool e outras drogas. Enfatizar a necessidade do trabalho intra e intersetorial (saúde, justiça, assistência social, educação, trabalho, etc) em forma de um dispositivo de promoção (ou produção) da qualidade de vida.
2. Focar as intervenções em práticas capazes de reduzirem os riscos e os danos não simplesmente do uso, mas especialmente do **mau uso** de psicoativos, colocando clara distinção entre uso controlado e uso descontrolado de substâncias.
3. Ampliar os objetivos para um alcance da melhoria na qualidade de vida das pessoas, respeitando as particularidades do público-alvo (**consequentemente abandonando a ideologia do argumento exclusivo da abstinência total**).
4. Reconhecer a diferença entre uso recreativo e uso compulsivo (por exemplo, não é por se usar eventualmente uma droga ilícita que se necessite de tratamento)
5. Compreender que é indispensável a participação dos usuários no desenvolvimento de estratégias e intervenções: já que apenas uma minoria (cerca de 30%) consegue ou deseja abster-se do uso de drogas. O usuário é então instrumentalizado por uma equipe de promoção da qualidade de vida (centrada nos CAPS ou nas ESF) para exercer com a maior autonomia possível a reflexão sobre o que é melhor para sua saúde, fazer escolhas de acordo com seu julgamento – e acolhendo-o sempre que isso não for possível – afirmando a responsabilidade do indivíduo em relação ao seu tratamento e ao uso de drogas.
6. Considerar a complexidade do fenômeno do consumo de drogas. A maioria utiliza drogas de forma recreativa sem uso prejudicial recorrente. Uma minoria substantiva faz uso prejudicial contínuo ou eventual.
7. Considerar as particularidades culturais e biográficas dos usuários.
8. Compreender o processo de adoecimento como determinados por uma complexa rede de fatores.

¹ Entre outras, cito: Portaria do Ministério da Saúde Nº 336/02 (sobre os Centros de Atenção Psicossociais); Diretrizes do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas (2003); Portaria do Ministério da Saúde Nº 1.190, de 04 de junho de 2009 (institui o plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas – PEAD); Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010 (Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas); PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011; PORTARIA Nº 3.090, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.

9. Orientar-se por metas possíveis de serem alcançadas, em acordos corresponsáveis entre profissionais de saúde, parceiros intersetoriais e usuários.