

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Saúde Pública e Saúde Coletiva: Dialogando sobre Interfaces Temáticas 4



Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Saúde Pública e Saúde Coletiva:
Dialogando sobre Interfaces Temáticas 4

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
S255	Saúde pública e saúde coletiva [recurso eletrônico] : dialogando sobre interfaces temáticas 4 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Saúde Pública e Saúde Coletiva. Dialogando Sobre Interfaces Temáticas; v. 4) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-598-3 DOI 10.22533/at.ed.983190209 1. Política de saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Saúde pública. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série. CDD 362.1
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Saúde Pública e Saúde Coletiva: Dialogando sobre Interfaces Temáticas” é uma obra composta de cinco volumes que tem como foco principal a discussão científica por intermédio de trabalhos diversos que compõe seus capítulos. Cada volume abordará de forma categorizada e interdisciplinar trabalhos, pesquisas, relatos de casos e/ou revisões que transitam nos vários caminhos da saúde pública e saúde coletiva.

Sabemos que a equipe de saúde cumpre um papel fundamental não apenas no laboratório e no hospital, mas no contexto da sociedade e do seu avanço, por isso cada vez estudos integrados são relevantes e importantes para a formação acadêmica. Deste modo neste trabalho que compreende o quarto volume da obra reunimos trabalhos desenvolvidos com enfoque direcionado ao serviço social, prática profissional, determinantes sociais da saúde, avaliação social, saúde mental; política de saúde, cuidado pré-natal, vulnerabilidade social, aleitamento materno, planejamento, modelo de gestão, infecções sexualmente transmissíveis dentre outros.

Viabilizar novos estudos em saúde pública é de extrema importância para países em desenvolvimento, da mesma forma que é preciso cada vez mais contextualizar seus aspectos no ensino e extensão. Isso nos leva à novas metodologias, abordagens e estratégias que conduzam o acadêmico à um aprendizado mais específico e consistente.

Deste modo a obra Saúde Pública e Saúde Coletiva apresenta uma teoria bem fundamentada nos resultados práticos obtidos pelos diversos professores e acadêmicos que arduamente desenvolveram seus trabalhos que aqui serão apresentados de maneira concisa e didática. Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-TRANSPLANTE RENAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FORTALEZA-CE	
Cíntia Raquel da Silva Castro Antônia Iara Adeodato Maria de Fátima Sousa Lima de Carvalho	
DOI 10.22533/at.ed.9831902091	
CAPÍTULO 2	12
A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS COMO PRÁTICA POTENCIALIZADORA NO CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGA: UM ENSAIO TEÓRICO	
Paola Lopes Lima Karina Oliveira de Mesquita	
DOI 10.22533/at.ed.9831902092	
CAPÍTULO 3	24
A IMPORTÂNCIA DA ASSISTENCIA AO PRÉ-NATAL: REVISÃO DE LITERATURA	
Leia Simone Agostinho de Sousa Naiane de Sousa Silva Tágila Andreia Viana dos Santos Laiana Dias Prudêncio Thaís Nayara Silva Costa José Alberto Lima Carneiro Ellane Patrícia da Silva Franco Gabriel Renan Soares Rodrigues Mariana de Fátima Barbosa de Alencar Marina Ribeiro da Fonseca Leilane Estefani Mota da Costa Ferreira Nadiana Vieira Silva	
DOI 10.22533/at.ed.9831902093	
CAPÍTULO 4	35
A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PARA MULHERES QUE BUSCAM O SERVIÇO DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	
Bruna Caroline Silva Falcão Larissa Di Leo Nogueira Costa Pabline Medeiros Verzaro Marcos Ronad Mota Cavalcante Josafá Barbosa Marins Lívia Alessandra Gomes Aroucha Reivax Silva do Carmo Julyana Côrrea Silva Luciana Léda Carvalho Lisboa Dayse Azevedo Coelho De Souza Mayra Sharlenne Moraes Araújo Alyni Sebastiany Mendes Dutra	
DOI 10.22533/at.ed.9831902094	

CAPÍTULO 5 45

A PERCEPÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Kelly Alves de Almeida Furtado

Olindina Ferreira Melo

Roberta Cavalcante Muniz Lira

DOI 10.22533/at.ed.9831902095

CAPÍTULO 6 53

AÇÕES E CUIDADOS DE ENFERMAGEM DIANTE DAS TERAPÊUTICAS AO IDOSO COM ALZHEIMER

Daniel Aser Veloso Costa

Leticia Gleyce Sousa Rodrigues

Emmanueli Iracema Farah

DOI 10.22533/at.ed.9831902096

CAPÍTULO 7 65

ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL MÉDICO E MITOS EM SAÚDE BUCAL EM GESTANTES

Elisa Miranda Costa

Karen Lorena Texeira Barbosa

Rafiza Félix Marão Martins

Ana Carolina Mendes Pinheiro

Juliana Aires Paiva de Azevedo

San Diego Oliveira Souza

Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

DOI 10.22533/at.ed.9831902097

CAPÍTULO 8 75

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E SUA INTERRUPTÃO: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE MÃES DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR MARANHENSE

Adriana Alves Guedêlha Lima

Anderson Araújo Corrêa

Rosângela Silva Pereira

Gizelia Araújo Cunha

Francisca Natália Alves Pinheiro

Otoniel Damasceno Sousa

Dheyymi Wilma Ramos Silva

Fernando Alves Sipaúba

Jairina Nunes Chaves

Adriana Torres dos Santos

Nathallya Castro Monteiro Alves

DOI 10.22533/at.ed.9831902098

CAPÍTULO 9 86

ANÁLISE DA EFICÁCIA DOS MODELOS DE DISPENSAÇÃO E SEU IMPACTO PARA O GERENCIAMENTO DE FARMÁCIA HOSPITALAR

Renan Rhonalty Rocha

Maria Vitória Laurindo

Antônia Crissy Ximenes Farias

Letícia Bandeira Mascarenhas Lopes

Alana Cavalcante dos Santos

Camilla Rodrigues Pinho

DOI 10.22533/at.ed.9831902099

CAPÍTULO 10 94

ASPECTOS FUNCIONAIS DE IDOSOS PARTICIPANTES E NÃO PARTICIPANTES DE GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Murilo Rezende Oliveira
Daniela Gonçalves Vargas
Jaciéli Charão Vargas
Hedioneia Maria Foletto Pivetta
Fernanda Alves Carvalho de Miranda

DOI 10.22533/at.ed.98319020910

CAPÍTULO 11 105

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA

Ana Raquel Freitas dos Santos
Walter Ney de Sousa Sales
Tacyana Pires de Carvalho Costa
Francisco Lucas de Lima Fontes
Adalberto Moreira da Silva Júnior
Luan da Silva Moraes
Josélia Costa Soares
Ariane Freire Oliveira
Márcia Sandra Rêgo de Sousa
Maurício José Almeida Moraes
Jakson de Oliveira Gaia
Onédia Naís de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.98319020911

CAPÍTULO 12 117

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM COLOSTOMIA

Leísse Mendes da Silva
Abraão Lira Carvalho
Joana Maria Machado Mendes
Verônica Natália Machado Mendes
Lucas Mendes da Silva
Geovane Moura Viana
Ingrid Jamille Miranda de Paulo
Mara Célia Santos Matos
Paula Késia do Nascimento Silva
Charlles Nonato da Cunha Santos
Erica Maria Fernandes Ferreira
Mara Julyete Arraes Jardim

DOI 10.22533/at.ed.98319020912

CAPÍTULO 13 128

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM GESTANTES COM PRÉ-ECLÂMPSIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Maria Patrícia Cristina de Sousa
Ernando Silva de Sousa
Lindamaria Oliveira de Miranda
Juliana Falcão da Silva
Gislaine de Carvalho Sousa
Érica Débora Feitosa da Costa
Ana Carolina Amorim de Sousa
Gildene da Silva Costa
Ítalo Arão Pereira Ribeiro

Letícia Lacerda Marques
Juliana Nunes lacerda
Leonilson Neri dos Reis

DOI 10.22533/at.ed.98319020913

CAPÍTULO 14 140

ATENDIMENTO AMBULATORIAL A PACIENTES ACOMETIDOS COM ÚLCERA VENOSA EM MEMBROS INFERIORES, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Isaac Newton Machado Bezerra
Francisco Canindé dos Santos Silva
Vinícius Costa Maia Monteiro
Jânio Luiz do Nascimento
Laísia Ludmyla Sousa de Farias
Luan Thallyson Dantas de Assis
Bárbara Danielle Calixto de Alcântara
Aurélia de Oliveira Bento
Zacarias Ramalho Silvério
Isac Davidson Santiago Fernandes Pimenta
Mariel Wagner Holanda Lima
Grasiela Piuvezam

DOI 10.22533/at.ed.98319020914

CAPÍTULO 15 143

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ACONSELHAMENTO E APOIO A ADOLESCENTES HOMOSSEXUAIS

Annah Lídia Souza e Silva
Bárbara Catellene Cardoso da Costa
Isabelle Coelho de Azevedo Veras
Ênnio Santos Barros
Maria Olyntha Araújo de Almeida
Waleria da Silva Nascimento Gomes

DOI 10.22533/at.ed.98319020915

CAPÍTULO 16 153

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO QUINTO SINAL VITAL: DOR

Marceli Diana Helfenstein Albeirice da Rocha
Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante
Patrícia Fernandes Albeirice da Rocha
Egrimária Cardoso de Araujo
Eliane Ramos da Silva Gonçalves
Dayane Clock
Sergio Celestino Cavalcante Santos

DOI 10.22533/at.ed.98319020916

CAPÍTULO 17 164

AValiação DO NÍVEL DE ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE DE IDOSOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Beatriz Borges Pereira
Irineu De Sousa Júnior
Cinthya Suyane Pereira Silva
Carmy Celina Feitosa Castelo Branco
Marilha Neres Leandro
Samara Cíntia Rodrigues Vieira
Amanda De Andrade Marques
Ana Caroline Fernandes Sampaio

Caroline Medeiros Machado
Maria Auxiliadora Macedo Callou
DOI 10.22533/at.ed.98319020917

CAPÍTULO 18 176

BANCO DE LEITE HUMANO E AS ATIVIDADES DESEMPENHADAS PELO PROFISSIONAL BIOMÉDICO

Aline Costa Souza
Samara Maria Pereira de Andrade
DOI 10.22533/at.ed.98319020918

CAPÍTULO 19 181

CUIDADOS E CUIDADORES DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS

Beatriz Aiko Nagayoshi
Maria Cristina de Oliveira Santos Miyasaki
Luciano Garcia Lourenção
DOI 10.22533/at.ed.98319020919

CAPÍTULO 20 193

DESAFIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NO INTERIOR DO AMAZONAS

Miriam Juliana Lanzarini Lacerda
Andréia Marinho do Nascimento
Cleane Martins Brasil
Grace Anne Andrade da Cunha
DOI 10.22533/at.ed.98319020920

CAPÍTULO 21 202

DIAGNOSTIC CONDUCT AND MANAGEMENT OF NEONATAL SEPSIS: A SYSTEMATIC REVIEW

Álef da Silva Amorim
Sara Oliveira da Silva
Vasti Léia da Silva Lima
Peter Richard Hall
DOI 10.22533/at.ed.98319020921

CAPÍTULO 22 214

ESTRATÉGIAS E AÇÕES PARA ACESSAR E AUXILIAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO

Paula Cristina Rodrigues Frade
Luana Mota da Costa
Brenda Luena Assis Lisboa
Luiz Marcelo de Lima Pinheiro
Luísa Carício Martins
Gláucia Caroline Silva de Oliveira
Aldemir Branco de Oliveira-Filho
DOI 10.22533/at.ed.98319020922

CAPÍTULO 23 225

ESTRUTURAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE A PARTIR DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE ATRAVÉS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Kyzze Correia Fontes
Diogo do Vale Aguiar
Antônio Carlos Pereira
DOI 10.22533/at.ed.98319020923

CAPÍTULO 24 238

INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NAS RELAÇÕES LESBOAFETIVAS:
CONSEQUÊNCIAS DA FALTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS ESPECÍFICAS

Emilly Ravany Marques de Moura e Silva

Kaline Dantas Magalhães

Ana Michele de Farias Cabral

Daiana Gleice de Araújo da Silva

Milena de Lima Pereira

DOI 10.22533/at.ed.98319020924

CAPÍTULO 25 249

O SEGUIMENTO COMPARTILHADO ENTRE A ATENÇÃO HOSPITALAR E ATENÇÃO PRIMÁRIA –
INTERVENÇÃO PELO ARCO DE MAGUEREZ

Felipe Moraes da Silva

Marinese Hermínia Santos

Eremita Val Rafael

Patrícia de Lourdes Silva Dias

Amanda Santos Barros

Marcos Ronad Mota Cavalcante

Alberto Joaquim Goveia Diniz Neto

Clístenes Alyson de Souza Mendonça

Dannylo Ferreira Fontenele

Luís Felipe Castro Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.98319020925

CAPÍTULO 26 257

PADRÃO NUTRICIONAL DE PARTICIPANTES DE UM PROJETO EXTENSIONISTA IMPLEMENTADO
NO ÂMBITO UNIVERSITÁRIO

Joyce Sousa Aquino Brito

Elaine Aparecida Alves da Silva

Isabel Oliveira Aires

Yasmin Emanuely Leal Araújo

Maria Clara Pinto Andrade

Suely Carvalho Santiago Barreto

Maria do Socorro Silva Alencar

DOI 10.22533/at.ed.98319020926

CAPÍTULO 27 268

PARTO HUMANIZADO: O PAPEL DA ENFERMAGEM EM DEFESA DA VIDA

Antonia Gomes de Almeida Neta

Joana Angélica Leite Belarmino de Amorim

Yaskara Letícia Duarte Trajano

Rafael Tavares Silveira Silva

DOI 10.22533/at.ed.98319020927

CAPÍTULO 28 277

PERCEPÇÕES DE HOMENS SOBRE A SAÚDE PREVENTIVA OFERTADA NA ATENÇÃO BÁSICA

Dulcimar Ribeiro de Matos
Fabrícia Castelo Branco de Andrade Brito
Francisco Lucas de Lima Fontes
Josélia Costa Soares
Luan da Silva Morais
Sâmara Gabriele Ferreira de Brito
Maria Idalina Rodrigues
Ariane Freire Oliveira
João Victor Alves Oliveira
Sandra Maria Gomes de Sousa
Lucilene da Silva Silva
Regina Célia Soares de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.98319020928

CAPÍTULO 29 288

INGESTÃO DIETÉTICA DE COBRE E MARCADORES DO DANO MUSCULAR EM PRATICANTES DE MUAY THAI

Bruna Emanuele Pereira Cardoso
Alana Rafaela da Silva Moura
Lourrane Costa de Santana
Yasmin de Oliveira Cantuário
Ana Raquel Soares de Oliveira
Jennifer Beatriz Silva Morais
Loanne Rocha dos Santos
Larissa Cristina Fontenelle
Stéfany Rodrigues de Sousa Melo
Thaline Milany da Silva Dias
Dilina do Nascimento Marreiro
Kyria Jayanne Clímaco Cruz

DOI 10.22533/at.ed.98319020929

CAPÍTULO 30 300

USO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UMA CIDADE DO INTERIOR DO CEARÁ - BRASIL

Renan Rhonalty Rocha
Maria Vitória Laurindo
Alana Cavalcante dos Santos
Derivânia Vieira Castelo Branco
Francisca Aila de Farias
Adna Vasconcelos Fonteles

DOI 10.22533/at.ed.98319020930

CAPÍTULO 31	310
SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON EM PACIENTE ONCOLÓGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Luciana Léda Carvalho Lisboa	
Dayse Azevedo Coelho de Souza	
Janielle Ferreira de Brito Lima	
Larissa Cristina Rodrigues Alencar	
Alyni Sebastiany Mendes Dutra	
Bruna Caroline Silva Falcão	
Thaysa Gois Trinta Abreu	
Reivax Silva do Carmo	
Mayra Sharlenne Moraes Araújo	
Pabline Medeiros Verzaro	
Roseana Costa Teixeira	
Larissa Di Leo Nogueira Costa	
DOI 10.22533/at.ed.98319020931	
CAPÍTULO 32	317
USO CONSCIENTE DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES	
Givanildo de Oliveira Santos	
Gilberto Teixeira da Silva	
Rodrigo Ferreira de Souza	
Rosimari de Oliveira Bozelli	
Lais Mirele Oliveira Martins Daciuk	
DOI 10.22533/at.ed.98319020932	
CAPÍTULO 33	324
ANÁLISE DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NAS CAPITALS DO NORDESTE DO BRASIL: UM OLHAR INOVADOR PARA AS AÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	
Palloma Emanuelle Dornelas de Melo	
Ryanne Carolynne Marques Gomes	
DOI 10.22533/at.ed.98319020933	
SOBRE O ORGANIZADOR	331
ÍNDICE REMISSIVO	332

A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS COMO PRÁTICA POTENCIALIZADORA NO CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGA: UM ENSAIO TEÓRICO

Paola Lopes Lima

Psicóloga - Universidade Federal do Ceará (UFC); Especialista em Saúde Mental – Centro Educacional Ícone
Sobral - CE

Karina Oliveira de Mesquita

Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC).
Sobral - CE

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo realizar uma reflexão sobre a estratégia de redução de danos como prática de cuidado potencializadora no cuidado ao usuário de drogas, atuando como política que vai de encontro à política proibicionista de guerra às drogas, que estigmatiza o usuário, não considerando a sua particularidade e os contextos que o levaram até o vício. Trata-se de um ensaio teórico e para a obtenção do referencial teórico foram feitas buscas de textos e artigos em sites e através da base de dados Scielo, utilizando-se dos seguintes termos: saúde mental; drogas; loucura; Reforma Psiquiátrica; e redução do dano. Foram buscadas também publicações em manuais, cartilhas, leis e documentos que versassem sobre a política de drogas no Brasil, a problemática do uso e abuso de drogas e a redução de danos. Primeiramente, foi realizado um resgate histórico dos diferentes

contextos socioculturais quanto ao uso de drogas. Posteriormente foi feito um resgate sobre as políticas sobre drogas no Brasil. Por fim, realizou-se uma reflexão sobre a estratégia de redução de danos, como ela surge e como ela atua como potencializadora no cuidado ao usuário de drogas.

PALAVRAS-CHAVE: Redução do dano; Saúde mental; Política de saúde.

HARM REDUCTION AS STRATEGY TO POTENTIALIZE THE CARE FOR DRUG USERS: A THEORETICAL ESSAY

ABSTRACT: The present article has as its purpose to reflect upon the harm reduction strategy as a way to potentialize the care practice of drug users, acting as a policy that goes against the prohibitionist policy of war on drugs, which stigmatizes the users and doesn't consider their particularities or the context that lead them to addiction. This is a theoretical essay and in order to obtain the theoretical references, researches of texts and articles were made in websites and through Scielo's database, utilizing the following terms: mental health; drugs; insanity; Psychiatric Reform; and harm reduction. Searches were also made in publications of manuals, guidebooks, laws and documents that addressed the drug policy in

Brazil, the matter of drug use and drug abuse as well as harm reduction. First and foremost, a historic study of the different sociocultural contexts concerning drug use was performed. Secondly, a study on drug policies in Brazil was made. Finally, observations were made about the harm reduction strategy, how it emerges and how it acts as a way to potentialize the care practice of drug users.

KEYWORDS: harm reduction; mental health; health policy.

1 | INTRODUÇÃO

A redução de danos é uma política de saúde que tem como pressuposto a redução dos danos causados pela droga, sejam eles de natureza biológica, social e/ou econômica, sendo uma política pautada no respeito ao indivíduo e em seu direito de consumir drogas (ANDRADE et al, 2011 apud POLLO-ARAUJO; MOREIRA, 2008).

A redução de danos surge como uma estratégia de cuidado que questiona os consensos sociais que se dão à droga e ao usuário desta, permitindo dar voz ao usuário e abrindo caminho para o entendimento de que há diferentes relações de uso da droga, sendo, assim, uma política que vai de encontro à política de guerra às drogas. Essa estratégia permite a possibilidade de se pensar como o usuário pode conviver com o consumo da droga, preconizando o autocuidado e a redução dos riscos – sociais e à saúde - que a droga pode causar. Dessa forma, essa estratégia se faz importante na medida em que considera a escolha do sujeito, o que acaba permitindo uma maior aproximação do mesmo com os dispositivos de saúde, visto que o sujeito, ao ser colocado como protagonista do cuidado à sua saúde, passa a se sentir parte daquilo, promovendo uma maior sensação de pertencimento.

Assim, pensando a redução de danos como estratégia no cuidado ao usuário de droga que considera a particularidade de cada sujeito, justifica-se esse estudo ao pensar a redução de danos como uma prática de cuidado que foge da lógica da abstinência total a partir do momento que pensa na singularidade do sujeito, considerando que muitos usuários não conseguem – e nem querem – largar a droga.

Por ser uma prática de cuidado que foge da abstinência, a qual é a estratégia mais difundida quando se trata do uso de drogas, a redução de danos muitas vezes é vista como uma tática de cuidado que prega e/ou estimula o uso da droga, quando, na verdade, ela apenas evita intervenções de cunho autoritário e preconceituosas. Essa ideia de apologia e/ou estímulo ao uso de drogas é vista, principalmente, por ainda haver um julgamento moral e preconceituoso quanto ao consumo de drogas, bem como um estigma em relação ao usuário da droga, havendo uma tendência a associar este à criminalidade, o que faz com haja um fortalecimento das práticas de exclusão do usuário. Quem parte desse discurso não entende, porém, que, antes de mais nada, é preciso haver uma aceitação e respeito à liberdade e autonomia do indivíduo que passa por uma situação problemática de dependência química, que

vai muito além do uso por lazer, mas que perpassa, até mesmo, uma situação de vulnerabilidade social.

A redução de danos, como estratégia que considera a singularidade do indivíduo e o contexto sociocultural da drogadição, atua como uma política que foge do discurso preconceituoso e estigmatizante que perpassa o uso de drogas. Assim, ao contrário de ser uma política que muitos acreditam que faz apologia à drogadição, a redução de danos é uma possibilidade de se pensar outras formas de cuidado ao usuário de droga que não seja apenas a abstinência total, partindo de uma perspectiva que foge da lógica repressiva e descriminalizante e que pactua com uma lógica mais humanizada.

Segundo Machado e Boarini (2013), a droga e seu uso perpassa outras esferas que não somente o comportamento individual, tendo também como esferas importantes a social, a econômica e a política, as quais determinam – e influenciam – o comportamento do sujeito. Assim, ao se pensar em uma prática de cuidado que foge às perspectivas proibicionistas de guerra às drogas, a redução de danos possibilita abrir espaço para uma reflexão e compreensão da droga como um fenômeno multideterminado. Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo evidenciar a importância da estratégia de redução de danos no cuidado ao usuário de drogas.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa teórica, de abordagem qualitativa. Segundo Demo (2004) a pesquisa teórica é “dedicada a reconstruir teorias, conceitos, ideias, ideologias, polêmicas, tendo em vista, em termos imediatos, aprimorar fundamentos teóricos”. Este tipo de pesquisa não implica na imediata intervenção na realidade através de coleta de dados e pesquisa de campo, mas busca estabelecer uma discussão teórica sobre determinado tema.

Para construção do estudo, foram feitas buscas de textos e artigos em sites e através da base de dados Scielo, utilizando-se dos seguintes termos: saúde mental; drogas; loucura; Reforma Psiquiátrica; e redução do dano. Foram buscadas também publicações em manuais, cartilhas, leis e documentos que versassem sobre a política de drogas no Brasil, o uso de drogas e a redução de danos. A pesquisa foi desenvolvida no período de fevereiro a março de 2018.

Em um primeiro momento, optou-se por fazer um breve histórico sobre os diferentes contextos sociais e significados atribuídos à droga, bem como os controles sociais sobre o uso de droga em diferentes períodos históricos. Depois, é feito um resgate histórico sobre política de drogas no Brasil, como ela se inicia e as transformações por quais ela passou. E por fim, buscou-se explicar como surge a redução de danos, seu conceito e sua utilização como estratégia de saúde pública – e mental - no Brasil.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Os diferentes contextos socioculturais quanto ao uso de drogas

A droga e seu uso nem sempre foram vistos de maneira nociva. Os conceitos em relação à droga foram modificando ao longo do tempo, de acordo com o contexto histórico, cultural, e também, a partir dos motivos referentes ao seu consumo. Além disso, até hoje existem diferentes interpretações quanto ao uso da droga e as consequências quanto ao seu consumo. Nos dois últimos séculos, porém, segundo Poaires (1999) apud Nunes; Jólluskin (2007), a droga passa a assumir uma tripla dimensão: a de mercadoria; a lúdica e/ou terapêutica, se colocando como uma fonte desinibidora no convívio social, e também, como uso no tratamento médico; e, por fim, a dimensão de objeto e origem do crime.

Na Antiguidade as drogas eram vistas como elo de ligação para o contato com as entidades divinas. Entretanto, outros fins foram se desenhando durante esse período histórico quanto ao consumo de drogas, sendo também reconhecidas como fonte de prazer e aplicação médica e farmacêutica. Nesse período, portanto, o uso de drogas era raramente associado como uma ameaça à saúde ou à ordem constituída (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007).

Na Idade Média, influenciado pela forte presença do cristianismo, o qual passa a exercer, através da Igreja Católica, sua hegemonia cultural e ideológica, o emprego de drogas para fins terapêuticos passou a ser considerado como sinônimo de bruxaria e paganismo. O uso de droga passou a ser estigmatizado e isso se deu, principalmente, devido ao fato de que a dor e a mortificação da carne eram consideradas como uma forma de aproximação a Deus. Logo, seu uso para fins terapêuticos, deveria ser punido. Estas acusações serviam, evidentemente, a fins políticos e econômicos, visto que, o poder da Igreja Católica era hegemônico durante a Idade Média. É, portanto, a partir desse período, que o uso de droga passa a ser associado como um perigo à sociedade (BRASIL, 2014).

A campanha americana antidrogas, principalmente no período pós-guerra, fez com que fossem aprovadas leis que controlassem a proibição – e comercialização - de drogas como o ópio e a cocaína (e seus derivados) nos Estados Unidos, bem como, a Lei Seca em 1920. Esta última proibia o consumo de bebidas alcólicas. O que aconteceu, porém, com essa política de proibição foi um aumento do consumo de bebidas alcólicas, bem como a promoção de um violento comércio ilícito destas, que passaram a ser produzidas sem qualquer cuidado e/ou supervisão (BRASIL, 2014).

Essa política antidrogas, capitaneada pelos Estados Unidos, foi acatada – e ainda é - por vários outros países, como uma tentativa de resolver os problemas ocasionados pelo consumo, produção e comércio das drogas, sendo pautada por políticas de abstinência e erradicação total do uso de drogas. O que essa política

de proibicionismo não considera, porém, são as heterogeneidades dos modos de consumos, razões e valores que sustentam o uso de substâncias psicoativas. Não considera, assim, o contexto em que o sujeito que utiliza a droga se encontra. Além disso, o proibicionismo não envolve toda a população, sendo afetada, principalmente, por essa política, uma parcela marginalizada da população, que é a principal criminalizada pela drogadição.

A estratégia de guerra à drogas, porém, começou a ser questionada, pois, mesmo com a repressão, o consumo de drogas continuava aumentando e os usuários, excluídos e estigmatizados pela sociedade, sendo a droga considerada apenas um problema de segurança pública e da Justiça, deixando de lado, assim, a problemática das drogas no contexto da saúde pública.

Essa questão do proibicionismo é pauta de muitas discussões até hoje. Afinal, a proibição faz mesmo com que o sujeito não use drogas? Esse questionamento, ao observar a realidade atual, só reforça a ideia de que a política de guerra às drogas não esgota o fenômeno das drogas, mas, muito pelo contrário, gera uma série de desdobramentos negativos, como a exclusão social e a violência, afinal, com a proibição do consumo, há um aumento do tráfico e um monopólio de mercado nas mãos das organizações criminosas. Além disso, com a proibição, por haver um mercado através do tráfico, há uma diminuição da qualidade do produto, o que faz com que o uso da droga traga consequências negativas para a saúde do usuário.

3.2 Breve histórico sobre política de drogas no Brasil

É somente na década de 1920 que o Brasil cria sua primeira intervenção política sobre a droga através de uma lei restritiva sobre o uso do ópio e da cocaína. Essa primeira medida registrada, considerada como o marco inicial do Brasil no controle sobre as drogas, era proveniente do campo da Justiça e da Segurança Pública e tinha como medida interventiva para com o usuário de droga a internação e o isolamento social. Na década seguinte, em 1938, foi publicada uma regulamentação, estabelecida no Decreto-Lei nº 891, que reconhecia a necessidade de uma fiscalização em relação ao uso de entorpecentes, reafirmando ainda a condenação do ópio e da cocaína e incluindo também drogas como a maconha e a heroína (MACHADO; BOARANI, 2013).

60 anos depois começam a surgir as primeiras legislações sobre essa temática. A Lei nº 6.368 de outubro de 1976, mais conhecida como “Lei de Entorpecente”, dispunha sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito, bem como ao uso e abuso de substâncias entorpecentes que pudessem levar a dependência química. Até 1988, o governo federal priorizava políticas proibicionistas através da repressão ao tráfico de drogas em detrimento de ações focadas em prevenção, destinando a maior parte dos recursos financeiros para a redução da oferta. Além disso, as políticas públicas relacionadas às drogas, no âmbito federal, estavam sob responsabilidade do Conselho Federal de Entorpecentes (Cofen), o qual era vinculado ao Ministério da

Justiça (ROSA; SOUZA; PINHEIRO, 2009). É com a Lei nº 6.368/76 que a legislação rompe com a lógica das previsões anteriores na equiparação entre porte, consumo e comércio, tratando estas condutas com punições distintas. Se por um lado, houve um aumento de punição para a conduta do tráfico, por exemplo, por outro lado, houve um abrandamento das condutas relacionadas ao consumo (CHAVES, 2013) O que se mostra evidente é que as primeiras políticas sobre drogas no Brasil foram fortemente influenciadas por políticas proibicionistas, sendo mais relacionadas com questões de segurança pública do que de saúde pública.

Em 2005 o Brasil aprovou a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), na qual foram estabelecidos os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias para que as ações da oferta e da demanda fossem realizadas de forma articulada e planejada (BRASIL, 2014). A PNAD propunha uma interação entre governo e sociedade como uma forma de realinhar a política brasileira sobre drogas e tem como alguns pressupostos: a busca por um ideal de sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas; o tratamento diferenciado entre o usuário, a pessoa de uso indevido, o dependente e o traficante de drogas; a busca pela conscientização do usuário e da sociedade em geral de que o uso de drogas alimenta as atividades e organizações criminosas; a priorização da prevenção do uso indevido de drogas; a elaboração de um planejamento que permita a realização de ações coordenadas dos diversos órgãos envolvidos no problema, a fim de impedir a utilização do território nacional para o cultivo, o armazenamento, o trânsito e o tráfico de drogas ilícitas; o reconhecimento do uso irracional de drogas ilícitas como fator importante na indução da dependência, devendo, assim, ser objeto de um adequado controle social; entre outros. A PNAD também propunha estratégias de redução de danos como medida de intervenção, preventiva, assistencial e de promoção da saúde, reconhecendo em seus pressupostos que essa política não deve ser confundida como um incentivo ao uso de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção (BRASIL, 2010).

Como um passo fundamental para implantação da PNAD, foi aprovada em 2006 a Lei 11.343/06, a qual foi responsável por instituir o SISNAD (Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas), prescrevendo ainda medidas para prevenção de uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. A lei também é responsável por estabelecer normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, além de definir alguns crimes (BRASIL, 2006).

A Lei 11.343/06 trouxe como inovação a despenalização do porte para uso de drogas, ou seja, há um reconhecimento do caráter criminal da punição para o uso de drogas, mas não há uma previsão para a pena de prisão. Além disso, essa lei segue a tendência internacional de reconhecer a diferença entre usuários/dependentes e aqueles envolvidos no tráfico de drogas, oferecendo sanções jurídicas que possibilitem reconhecer tais diferenças (BRASIL, 2014).

A redução de danos também se mostrou presente na história da política de drogas no Brasil. A Portaria nº 1.028 de 1º de julho de 2005 regula a redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, devendo essas ações serem dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, sendo uma estratégia que visa reduzir os riscos associados ao uso da droga sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo (BRASIL, 2005). Essa Portaria, porém, prevê também a utilização da redução de danos como prática de cuidado que deve compreender ações de saúde que viabilizem a informação, educação e aconselhamento, assistência social e à saúde e a disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/AIDS e Hepatites (BRASIL, 2005). É a partir do reconhecimento e regulação da redução de danos como prática de saúde por essa Portaria que esta estratégia começa a aparecer em outras legislações, sendo reconhecida como uma estratégia fundamental no cuidado ao usuário de drogas.

O que se pode perceber é que, com o passar dos anos foram sendo desenvolvidas políticas que não focassem apenas na repressão, mas que repensassem a droga e a dependência a ela como um fenômeno complexo, que exige a compreensão do contexto sociocultural, familiar e pessoal do indivíduo e que deve ser associada a uma questão de saúde pública.

3.3 A potencialidade da redução de danos como estratégia de cuidado ao usuário de drogas

No que diz respeito a origem da redução de danos, esta surge inicialmente na Inglaterra, em 1926, através do *Relatório Rolleston*, no qual um grupo de médicos determinou que a maneira mais adequada de tratar dependentes de morfina e cocaína era realizando uma administração moderada do uso dessas drogas. Assim, os médicos prescreviam o uso dessas substâncias para os usuários como uma forma de tratamento, tendo como objetivo proporcionar ao dependente químico uma vida mais estável e produtiva. Havia, porém, algumas condições para essa prescrição: como um manejo da síndrome de abstinência, em tratamentos com objetivo de cura; quando ficasse constatado que, depois de prolongadas tentativas de cura, o uso da droga não poderia ser seguramente descontinuado; e quando ficasse demonstrado que o paciente seria capaz de levar uma vida produtiva se uma dose mínima da droga fosse prescrita regularmente (FONSECA, 2012).

Em meados da década de 80, com a disseminação do vírus da AIDS, começou a haver uma preocupação maior com a questão da transmissão desse vírus, o que, conseqüentemente, trouxe um novo olhar para a questão das drogas, visto que a transmissão desse vírus poderia se dar também pelo compartilhamento de agulhas e seringas. A redução de danos é, assim, retomada. A partir dessa perspectiva, surge a necessidade de ações preventivas efetivas que cujos resultados não dependessem

da aderência destes pacientes ao tratamento que visasse à abstinência. É, dessa forma, que surgem os primeiros centros distribuidores de agulhas e seringas na Holanda e na Inglaterra (POLLO-ARAUJO; MOREIRA, 2008)

Com o advento da epidemia da AIDS, acreditava-se, primeiramente, que os proliferadores da epidemia eram os chamados 4 H's (homossexuais, hemofílicos, haitianos e viciados em heroína), sendo estes denominados grupos de risco e tendo como principal medida de intervenção para com estes grupos o isolamento. A proliferação da AIDS nos anos subsequentes, porém, exigiu uma formulação mais ampla sobre o fenômeno do que o conceito de grupos de risco e de intervenções mais eficazes, fazendo com que esse conceito mudasse para o de comportamentos de risco. Essa mudança de conceito fez com que houvesse certa diminuição do estigma e culpabilização que o conceito de grupo de risco trazia, visto que, este último, acabava que por categorizar os sujeitos que se enquadravam nos grupos de risco, estigmatizando-os. Essa mudança permitiu também com que houvesse uma generalização dos cuidados e a prevenção para toda a população que apresentasse um comportamento de risco de contágio pelo vírus. Assim, dentre os comportamentos de risco, estava o de compartilhamento e reutilização de agulhas e seringas (MACHADO; BOARANI, 2013). A redução de danos foi assim pensada, a partir desse contexto de epidemia do vírus da AIDS, como uma forma de prevenção do vírus, sendo voltada, inicialmente, para a prevenção de doenças de transmissão sanguínea entre usuários de drogas injetáveis e, posteriormente, como uma estratégia voltada especificamente para os usuários de drogas.

No Brasil, a redução de danos aparece pela primeira vez na cidade de Santos, no ano de 1989, quando um serviço começou a fazer distribuição de agulhas e seringas para usuários de drogas injetáveis com o intuito de conter a disseminação do vírus da AIDS. O Ministério Público, porém, embargou o projeto e apreendeu o material por considerar que o mesmo fazia uma apologia ao uso de drogas ilícitas. É somente na década de 90 que a redução de danos começa a se firmar no país como política governamental (FONSECA, 2012).

A redução de danos é uma política de saúde que tem como proposta principal a redução dos prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautando sua prática no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas. Dessa forma, a redução de danos é uma política que escolhe trabalhar para minimizar os efeitos negativos que o uso e o abuso de drogas pode ocasionar ao invés de simplesmente ignorá-los ou condená-los.

A redução de danos surge, assim, como uma prática alternativa às estratégias proibicionistas de guerra às drogas, as quais tem em seu modelo a priorização da redução da oferta de drogas, relegando a segundo plano a prevenção ao uso, tendo como pilares o modelo criminal e moral, o qual preconiza a criminalização do consumo e tráfico, prevendo o encarceramento dos usuários, e o modelo de doença, o qual vê a dependência como uma patologia de origem biológica (MACHADO; BOARINI,

2013)

A política de guerra às drogas se mostra ineficaz por não considerar a dependência a partir do contexto sociocultural, familiar e individual do sujeito, tendo a intolerância ao uso e a abstinência total como principal medida para o cuidado ao usuário de drogas. O proibicionismo, porém, nunca impediu e nem nunca irá impedir que o consumo de drogas continue ocorrendo. Os resultados dessa estratégia foram e são, muitas vezes, questionados visto que, o consumo continua crescendo, bem como a violência advinda do tráfico e a exclusão social. A política de guerra às drogas, dessa forma, não responde de forma eficaz e eficiente os problemas que podem ocorrer a partir do fenômeno da drogadição. Além disso, a política de guerra às drogas estigmatiza o usuário através dos julgamentos morais que dá ao consumo de droga, não compreendendo o contexto socioeconômico, familiar e individual do sujeito e nem distinguindo os diferentes usos e as diferentes dimensões de danos associados aos mesmos. Pelo contrário, esse paradigma rotula, segundo Fonseca (2012) o usuário de droga como o principal causador da violência urbana e da desordem familiar, numa tentativa da sociedade de minimizar a complexidade dos problemas sociais e livrar-se de sua responsabilidade sobre os mesmos.

A redução de danos foge dessa lógica, evitando julgamentos morais de certo ou errado e oferecendo alternativas de cuidado que visam a redução das consequências prejudiciais do comportamento dependente. Segundo Fonseca (2012), uma característica dessa estratégia é o respeito aos usuários de drogas pelo direito às suas drogas de consumo e respeito pela liberdade individual e de escolha. É uma prática de saúde baseada, sobretudo, na defesa do usuário e feita de “baixo para cima”. Além disso, a redução de danos baseia-se na experimentação empática, a qual tem como pressuposto a preocupação com o manejo das questões cotidianas e das práticas reais, preocupando-se com estar com – e para – o outro, buscando alternativas viáveis para aquele contexto e situação específica a partir do diálogo e da escuta.

Para o Ministério da Saúde, a adoção da redução de danos como estratégia de cuidado no tratamento de usuários de substâncias psicoativas tem como objetivo o resgate do papel autorregulador e da cidadania dos usuários, incentivando, assim, através da ampliação das relações e do fortalecimento do laço social e do incremento das possibilidades do sujeito dentro da sociedade, a inclusão e mobilização social do mesmo. Dessa forma, o Ministério da Saúde preconiza a estratégia de redução de danos como uma proposta que reconhece o usuário dentro das suas singularidades, considerando-o como uma política de marco ético no campo da prevenção e tratamento de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas (RIBEIRO; FERNANDES, 2013).

Como uma política que considera, antes de tudo, o contexto e a singularidade do sujeito, a redução de danos, em termos de saúde pública, é, provavelmente, uma das únicas estratégias capazes de verdadeiramente penetrar em todos os “círculos”

onde se encontram as drogas, mesmo aqueles em que há um consumo aceitável da substância, sem questionamentos sobre seus possíveis danos ou consequências (BRASIL, 2016).

Mais do que pela punição pelo comportamento considerado inadequado, essa estratégia presa pela saúde, se apoiando na promoção do exercício e respeito às diferenças, combatendo a exclusão social e a estigmatização do usuário de droga através do resgate da cidadania desse sujeito e a sua não culpabilização e marginalização, reconhecendo, antes de tudo, o seu papel na sociedade como portador de direitos ao invés da sua categorização como usuário de droga. Estes fatores são reconhecidos nas características que a redução de danos traz que, segundo Fonseca (2012) baseiam-se no foco da prevenção do dano (e não no uso da droga em si); foco nas pessoas que continuam a usar drogas; na proposta de controle e auto cuidado com relação ao uso da droga, permitindo o desenvolvimento do sentido de responsabilidade sobre si mesmo e sobre as pessoas do círculo de relação, incentivando o protagonismo e a autonomia do usuário.

Os usuários, como parte do processo de cuidado, devem ser atendidos dentro de suas particularidades biopsicossociais, familiares e espirituais, independentemente do modo de como eles utilizam a droga. O que melhor caracteriza a redução de danos, portanto, é a flexibilidade no contrato com o usuário. Ao estabelecer vínculo, com o mesmo, esta prática de saúde facilita o acesso a informações e orientações, estimula a ida ao serviço de saúde, fazendo com que o sujeito se aproxime mais dos dispositivos de saúde, utilizando propostas diversas e construídas singularmente com cada usuário e a rede social do mesmo (FONSECA, 2012).

Por ser uma estratégia que foge da política de abstinência, a redução de danos, muitas vezes, é considerada como uma prática de saúde que faz apologia ao uso de drogas. A redução de danos, porém, não é contra a abstinência, mas é uma estratégia que abre um novo campo de possibilidades clínicas, colocando o usuário como protagonista do cuidado e evitando intervenções de cunho autoritário e preconceituosas que não visem somente como única e possível maneira de tratamento a abstinência. Considera a escolha do sujeito, entendendo, antes de mais nada, que é necessário garantir acesso a direitos e saúde a todos, inclusive para aquelas pessoas que não conseguem parar de usar drogas de imediato e, pensando assim, formas que possam ajudar os usuários a reduzir os efeitos danosos causados pelas substâncias.

Dessa forma, a redução de danos se mostra como uma estratégia potencializadora no cuidado ao usuário de droga, pois é feita com – e para – o usuário que não consegue (e nem mesmo quer) largar a droga, considerando o seu contexto biopsicossocial e cultural, colocando-o como protagonista do seu cuidado e estimulando a sua autonomia. É uma estratégia que acredita que não é retirando do sujeito a droga à força que assim irá acabar com o vício e nem mesmo ignora os motivos que levam as pessoas à dependência, sendo, ao contrário da política

de guerra às drogas, uma estratégia que vai de encontro ao tratamento moral e a estigmatização do usuário. É, por fim, uma política que não foca na droga em si, mas no usuário e na sua liberdade de escolha, incentivando a promoção de saúde e o protagonismo e autonomia do mesmo.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A redução de danos surge como política inovadora no cuidado ao usuário de drogas ao não colocar como única forma de cuidado a abstinência. Inicialmente, surge nos anos 80 como uma forma de conter a epidemia do vírus da AIDS, através da distribuição e/ou troca de agulhas e seringas. Posteriormente, passa a ser utilizada como prática de cuidado para com usuários de drogas no geral.

Até os dias atuais, não se costuma ouvir os usuários de drogas, seja pela categorização que se dá ao usuário ou seja por preconceito. A redução de danos surge, então, como estratégia que passa a dar voz a esse usuário, colocando-o como protagonista do seu cuidado e, dessa forma, permitindo com que o mesmo se aproxime mais dos dispositivos de saúde ao colocá-lo como autor do seu cuidado, fortalecendo vínculos e possibilitando e reconhecendo sua autonomia como sujeito de direitos.

A abordagem da redução de danos é, portanto, potencializadora a partir do momento em que oferece outro caminho que não seja apenas o da abstinência e por reconhecer o usuário em sua singularidade, traçando junto com ele estratégias para promover saúde. Não é, portanto, uma prática de cuidado imposta, mas construída juntamente com o usuário, considerando que este, como cidadão, ao gozar de liberdade escolha, pode escolher o caminho de não querer ou conseguir largar a droga. É, por fim, uma política humanitária, ética e que não prega os caminhos da moralidade.

REFERÊNCIAS

CHAVES, M. F. Construção proibicionista do consumo de drogas ilícitas e repercussões na legislação brasileira. Monografia – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2013.

DEMO, P. **Pesquisa e construção de conhecimento**. Rio de Janeiro: Templo Brasileiro, 2004

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas**: capacitação para onselheiros e lideranças comunitárias. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 6. ed. Brasília, DF: MJ/NUTE-UFSC, 2014

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e política sobre drogas**. Brasília, 2010.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Atenção integral na rede de saúde**:

módulo 5. SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.** Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, 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 essa Portaria.** Brasília, 2005.

FONSECA, C. J. B. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia e saberes**, v. 1, n. 1, p. 11-36, 2012.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L.; Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 3, p.580-595, 2013.

NUNES, L. M.; JÓLLUSKIN. Uso de drogas: breve análise histórica e social. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas**, v. 4, p. 230-237, 2007.

POLLO-ARAUJO, M. A.; MOREIRA, F. G. Aspectos históricos da redução de danos. In: NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. (Orgs). **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais da saúde.** São Paulo, 2008.

RIBEIRO, C. T.; FERNANDES, A. H. Tratamento para usuários de drogas: possibilidades, desafios e limites da articulação entre as propostas da redução de danos e a da psicanálise. **Analytica**, v. 1, n. 2, jan/jun. 2013.

ROSA, E. Z.; SOUZA, M. E.; PINHEIRO, O. G. As transformações das políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas. **Psicologia: Ciência e Profissão – Diálogos**, v. 6, n. 6, nov. 2009. Disponível em: < https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/revista_dialogos06.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2018

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO- Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia (Universidade Candido Mendes - RJ). Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática (2014). O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com o projeto Análise Global da Genômica Funcional do Fungo *Trichoderma Harzianum* e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Palestrante internacional com experiência nas áreas de Genética e Biologia Molecular aplicada à Microbiologia, atuando principalmente com os seguintes temas: Micologia Médica, Biotecnologia, Bioinformática Estrutural e Funcional, Proteômica, Bioquímica, interação Patógeno-Hospedeiro. Sócio fundador da Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente, desde 2016, no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Atuou como Professor Doutor de Tutoria e Habilidades Profissionais da Faculdade de Medicina Alfredo Nasser (FAMED-UNIFAN); Microbiologia, Biotecnologia, Fisiologia Humana, Biologia Celular, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Enfermagem na Sociedade Goiana de Educação e Cultura (Faculdade Padrão). Professor substituto de Microbiologia/Micologia junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e Coordenador do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Atualmente o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Contato: dr.neto@ufg.br ou neto@doctor.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

Alfabetização em saúde 164, 165, 166

Anticoncepção 35

Assistência 7, 9, 30, 31, 34, 43, 62, 63, 64, 72, 73, 92, 106, 110, 116, 121, 122, 126, 135, 136, 139, 141, 153, 165, 181, 250, 267, 286, 300, 307, 308

Assistência a idosos 165

Assistência de enfermagem 63, 64, 121, 122, 126, 135, 136, 139

Atenção básica 287

Atenção primária 300, 327

Atenção primária à saúde 327

Atividade física 317

Autocuidado 53, 99, 118, 120

Avaliação nutricional 258, 266, 267, 299

B

Banco de leite humano 180

Benefícios 85, 255

Benzodiazepínicos 300, 303, 305, 307, 308, 309

Biomédico 176

Brasil 10, 13, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 23, 30, 31, 32, 33, 34, 42, 43, 47, 55, 60, 70, 72, 80, 85, 92, 93, 95, 97, 104, 105, 106, 109, 110, 115, 116, 119, 122, 123, 129, 137, 147, 148, 151, 165, 166, 167, 171, 172, 173, 174, 175, 181, 182, 188, 191, 193, 201, 214, 215, 216, 220, 221, 223, 224, 226, 231, 232, 233, 237, 239, 246, 247, 249, 251, 253, 258, 265, 266, 277, 278, 280, 282, 286, 291, 293, 294, 298, 300, 302, 303, 305, 312, 316, 323, 324, 326, 330

C

Colostomia 118, 120, 121, 126

Cuidado pré-natal 25, 33

Cuidadores 181, 183, 188, 190

Cuidados de enfermagem 63, 110, 116, 129

D

Determinantes sociais da saúde 103

Doença crônica 165

Dor 153, 155, 156, 160, 163

E

Educação em saúde 74, 116, 151, 174, 193, 224

Eficácia 86

Enfermagem 24, 27, 42, 43, 45, 46, 48, 52, 53, 56, 57, 59, 62, 63, 64, 85, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 122, 126, 127, 128, 134, 135, 139, 140, 143, 153, 161, 162, 163, 174, 181, 189, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 212, 223, 224, 247, 248, 249, 252, 255, 266, 268, 276, 287, 309, 310, 311, 316, 331

Enfermeiro 128, 140, 143, 147, 153

Exercício físico 289

F

Funcionalidade 94, 104

G

Gestantes 31, 65

Gravidez 25, 129

H

Hipertensão 106, 137, 169

Homofobia 151

Humanização 31, 72, 110, 114, 276

I

Idosos 94

Infecções sexualmente transmissíveis 239

M

Mitos 65, 69, 70

Modelos de dispensação 90

Morbidade 190, 203

N

Neonatal 202, 203, 208, 209, 211, 212, 213, 251, 253

P

Parto 25, 255, 276

Parto humanizado 276

Perfil epidemiológico 79, 300

Pessoal de saúde 45

Planejamento 35, 36, 37, 43, 140, 226, 230, 234, 235, 237, 287
Planejamento familiar 43
Política de saúde 12
Pré-eclâmpsia 129, 135, 137
Pré-natal 31, 33, 65, 72, 73, 74
Prevenção 22, 53, 243
Promoção da saúde 104, 201
Prostituição 214

Q

Qualidade de vida 104, 191, 192

R

Redução do dano 12
Regionalização 226, 227, 231, 237
Risco 45, 47, 51, 53

S

Saúde 2, 5, 1, 2, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 12, 20, 23, 24, 25, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 57, 64, 65, 67, 72, 73, 74, 75, 78, 79, 80, 82, 84, 85, 92, 93, 94, 96, 97, 101, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 114, 115, 116, 118, 120, 121, 127, 128, 129, 131, 133, 137, 138, 140, 146, 147, 151, 152, 155, 161, 164, 168, 169, 170, 171, 174, 175, 176, 180, 181, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 214, 221, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 239, 240, 241, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 255, 259, 260, 264, 265, 266, 267, 273, 274, 276, 277, 278, 279, 280, 285, 286, 287, 291, 297, 298, 299, 307, 308, 309, 310, 317, 318, 319, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 329, 330, 331
Saúde bucal 65
Saúde da mulher 128
Saúde do adolescente 146
Saúde do homem 286, 287
Saúde mental 12
Sepse 203
Sinais vitais 153

V

Vigilância da saúde pública 258
Visita domiciliar 193, 201
Vulnerabilidade social 45

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-598-3

