

**FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

LUCIANA ALVES DORNELA

**REDUÇÃO DE DANOS: uma estratégia de tratamento
ou incentivo ao alcoolismo?**

**PATOS DE MINAS
2016**

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA

LUCIANA ALVES DORNELA

**REDUÇÃO DE DANOS: uma estratégia de tratamento
ou incentivo ao alcoolismo?**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito para conclusão do Curso de Graduação em Psicologia. Tem como finalidade a obtenção do título de Bacharel em Psicologia, podendo gozar dos direitos de Psicólogo.

Orientadora: Professora Mestra Juliana Amorim Pacheco de Oliveira

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Curso Bacharelado em Psicologia

LUCIANA ALVES DORNELA

**REDUÇÃO DE DANOS: UMA ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO OU
INCENTIVO AO ALCOOLISMO?**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Psicologia, composta em 01 de
Dezembro de 2016.

Orientadora: Prof^a Ma. Juliana Amorim Pacheco de Oliveira
Faculdade Patos de Minas

Examinador 1: Prof. Me. Gilmar Antoniassi Junior
Faculdade Patos de Minas

Examinador 2: Prof^a Ma. Delza Ferreira Mendes

DEDICO este trabalho a todos os profissionais da área da Psicologia.

AGRADECIMENTO

À Deus por iluminar o meu caminho e pela força dada para superar as minhas dificuldades.

Aos meus filhos, Gustavo Henrique Alves Rodrigues e Anna Luísa Alves de Aguiar, pelo amor dedicado a mim.

À minha mãe Jonita Divina Dornela Alves pelo apoio e compreensão nos momentos difíceis.

Ao meu namorado Luís Fernando Pontes de Aguiar que sempre esteve ao meu lado sem medir esforços para que eu alcançasse meus objetivos.

À minha orientadora Professora Mestra Juliana Amorim Pacheco de Oliveira, por compartilhar seu conhecimento e sua colaboração.

À Professora Mestra Luciana de Araújo Mendes Silva pela sabedoria e gentileza de contribuir com sugestões que colaboraram muito para este trabalho.

O sábio não se senta para lamentar-se, mas se põe
alegremente em sua tarefa de consertar o dano feito.

William Shakespeare

REDUÇÃO DE DANOS: uma estratégia de tratamento ou incentivo ao alcoolismo?

REDUCTION OF DAMAGE: strategy for treatment or incentive to alcoholism?

Luciana Alves Dornela¹

Graduanda do Curso de Psicologia. Faculdade Patos de Minas.

Juliana Amorim Pacheco de Oliveira²

Mestra em Promoção da Saúde. Universidade de Franca.

RESUMO

Atualmente o uso de álcool é considerado um problema grave no âmbito de saúde e em resposta a essa problemática, governantes têm buscado promover debates e discussões em prol de organização das políticas públicas, além da necessidade para a construção de novas estratégias, como a Redução de Danos. O objetivo desse estudo foi elucidar este tema, assim como os desafios enfrentados pelos profissionais diante desta e as possibilidades de tratamento. O presente estudo foi realizado por meio de revisão da literatura, sendo um texto descritivo e qualitativo. Aborda questões alarmantes atualmente relacionadas ao uso abusivo de álcool, como também aponta as consequências graves para os usuários, devido à alta gama de dependência. A Redução de Danos é uma estratégia para o tratamento da dependência do álcool que enfrenta diversos desafios, no entanto, pode apresentar eficácia ao minimizar riscos e consequências advindas do uso abusivo, possibilitando a autonomia e a qualidade de vida ao usuário.

Palavras-chave: Alcoolismo. Redução de danos. Saúde Pública.

ABSTRACT

¹ Orientanda.

² Orientadora.

Nowadays the use of alcohol is considered a serious problem in the health context and in response to this problem, governments have searched to promote debate and discussion in favor of organization of public policy, beyond the need to build new strategies, such as reduction of damage. The objective of this study is to elucidate this issue, as well the challenges faced by professionals and the possibilities for treatment. This study was realized through literature review, being a text descriptive and qualitative. Broach questions alarming the alcohol abuse related nowadays, and also points out the serious consequences for users, due to the high range of dependence. The reduction of damage is a strategy for the treatment of alcohol dependence facing many challenges, however can present efficiency to minimize risks and consequences resulting from abuse, making possible autonomy and quality of life for the user.

Keywords: Alcoholism. Reduction of damage. Public health.

INTRODUÇÃO

O uso e o abuso de drogas lícitas e ilícitas são fenômenos da modernidade. Estudos indicam que o consumo de substâncias psicoativas se dá por várias razões, como motivos religiosos, culturais e também facilita a socialização (1).

O uso do álcool é um problema de saúde pública mundial, essa realidade tem suscitado debates na área médica, psicológica e sanitária de diversos países (2). No Brasil, o alcoolismo é a terceira doença mais prevalente, superada apenas pelas doenças cardiovasculares e câncer (3), além de responder por cerca de 10% das mortes no país, o que gera preocupação para as famílias, profissionais da saúde e da educação e as autoridades governamentais (4).

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o álcool é hoje um dos principais responsáveis pelos danos e agravos à saúde, mesmo comparando-o à todas as drogas ilícitas juntas (5).

Entretanto, o debate sobre os agravos decorrentes do uso abusivo do álcool, ficou em segundo plano do ponto de vista da saúde coletiva, devido ao alarde público produzido em torno do uso do crack (5).

A Redução de Danos (RD) é um conjunto de estratégias que objetiva aumentar a qualidade de vida das pessoas e está fortemente alicerçada no estabelecimento de vínculo e empatia entre profissionais e usuários (6).

Neste contexto, o cuidado com as pessoas que usam drogas, tem como objetivo diminuir os agravos relacionados ao uso e abuso destas e minimizar eventuais consequências (6).

A RD é uma política que surge enquanto estratégia de saúde pública que visa controlar possíveis consequências negativas associadas ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente interferir na oferta, ou seja, respeita a liberdade do usuário de escolher usar ou não, buscando a inclusão social e a cidadania do usuário (7).

É uma estratégia que incentiva ao protagonismo e a autonomia do usuário, resgata sua condição de sujeito na perspectiva dos direitos humanos. Além do mais, não coloca a abstinência como o único objetivo a ser almejado, constrói-se junto ao usuário possibilidades para melhorar a sua qualidade de vida (5).

Atualmente, a população apresenta um índice elevado de usuários de álcool. Estudos apontam para um aumento significativo de acidentes de trânsito, violência contra terceiros, problemas de saúde como câncer, cirrose, problemas cardíacos, dentre outras que afetam a saúde e estão relacionadas ao uso abusivo de álcool.

Entretanto, existem estratégias como a RD que podem apontar alternativas e possibilidades frente à gravidade advinda desse problema, buscando obter uma postura mais reflexiva neste cenário epidemiológico.

Diante desta realidade, faz-se necessário refletir sobre as práticas de RD, cujo tema é o objetivo deste trabalho.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado por meio de revisão da literatura, sendo um texto descritivo, qualitativo. Foram utilizados materiais como livros, artigos, manuais, teses, obtidos por meio de empréstimos ou compra, buscados no banco e dados SCIELO, BIREME, PEPSIC, e também sites das instituições de ensino superior e sites do Ministério da Saúde. O idioma foi o português e as publicações preferencialmente do ano de 2005 a 2015.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

ALCOOLISMO E PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO ABUSIVO

O uso de bebidas alcóolicas é tão antigo quanto a própria humanidade (8). Considerado hoje pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma das substâncias mais consumidas no mundo, ou seja, mais de dois bilhões de pessoas a consomem, sendo por uso social ou por dependência (9).

Estima-se que 10% das mulheres fazem uso abusivo de álcool, sendo que destas, 5% apresentam dependência. Nos homens, essa porcentagem de uso abusivo tem um aumento significativo de 20%, sendo que destes, 10% são dependentes (8).

Os problemas relacionados ao álcool geram um gasto anual de 7,3% do Produto Interno Bruto (PIB) no Brasil, desde o tratamento médico, até a perda de produtividade em decorrência deste agravo (10).

O desejo intenso em consumir álcool e a dificuldade em controlá-lo, é um fenômeno caracterizado como dependência, ou seja, o indivíduo nunca está satisfeito com a quantidade consumida, o que o faz encontrar inúmeros motivos para aumentar ainda mais o seu consumo (11).

Além disso, a dependência química é considerada um problema de saúde pública que vem crescendo na sociedade contemporânea. De acordo com a Classificação de Doenças (CID-10), a dependência química é caracterizada por um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o indivíduo utiliza uma substância psicoativa de forma descontrolada, priorizando-a em detrimento a outras atividades e obrigações (12).

Atualmente, a OMS considera o uso abusivo de drogas como uma doença crônica e recorrente (13). A dependência é o último estágio enfrentado pelo indivíduo e surge quando a sua relação com a droga se torna tão intensa, que passa a interferir nas suas relações com outras questões que causam prejuízos físicos, psíquicos e emocionais (14).

O alcoolismo responde por cerca de 10% das mortes no Brasil e gera uma grande preocupação para as famílias, profissionais da saúde e governantes, e ocasiona debates na área médica, psicológica e sanitária de vários países (15).

Está também associado a frequentes episódios trágicos de acidentes de trânsito, homicídios, suicídios e um alto índice de comportamentos violentos (9).

O consumo excessivo de álcool também estabelece um cenário epidemiológico de cânceres como o da cavidade bucal, esôfago, fígado, reto e possivelmente o de mama (16).

Outro fator decorrente deste abuso são as doenças que afetam órgãos, propiciando gastrites, úlceras, inflamação no esôfago, pancreatite e lesões graves no fígado, como a cirrose. Estas podem levar até mesmo à morte (8).

Estudos apontam para um fator alarmante em decorrência do consumo de bebidas alcólicas associado a práticas sexuais sem o uso de preservativos, expondo o indivíduo a um maior risco de transmissão de infecções causadas por doenças sexualmente transmissíveis (DST's) (17).

Neste contexto, pode-se verificar que há uma relação causal de doenças como tuberculose, pneumonia, AIDS, entre outras, relacionados ao consumo abusivo do álcool, que provoca no mundo cerca de 3,3 milhões de mortes a cada ano. Em 2012, 7,6% das mortes ocorreram entre os homens e 4,0% entre as mulheres (14).

Deve-se considerar também um alto índice de violência advindas deste uso abusivo tais como violência contra terceiros e violência doméstica. Estatísticas revelam um número de 67% a 93% de maridos que espancaram suas esposas, porém este número cai 20% a 30% para homens alcoolistas quando estão em tratamento e que atacaram suas mulheres de forma violenta (18).

Por outro lado, o álcool é utilizado por essas esposas para automedicar a dor decorrente destas situações de violência e trauma, causadas pelos seus próprios parceiros (18).

No Brasil, em relação aos pacientes internados por problemas psiquiátricos, 90% está relacionado ao consumo de álcool (19). Verifica-se que a intoxicação e abstinência do álcool podem causar sintomas como depressão, ansiedade e hipomania/mania (19).

Estudos revelam que a busca da pessoa por prazer ou para o alívio do sofrimento físico e psíquico ao qual o sujeito se encontra, associa-se ao uso de álcool (16). É importante lembrar, no entanto, que o uso da bebida alcóolica é um fenômeno complexo que atinge cada pessoa de uma forma diferente, por motivos diferentes e em contextos e situações variadas (16).

Sendo assim, é preciso levar em conta a singularidade, a subjetividade e a alteridade do sujeito usuário de álcool, para que cada situação investigada tenha uma melhor compreensão e intervenção (16).

O alcoolismo tem sido descrito como um importante fator relacionado ao aumento de prejuízos interpessoais e disfunção familiar. A instabilidade das relações afetivas da família com um membro alcoolista fragiliza a mesma, e provoca distanciamento emocional, assim como preocupações, conflitos, rompimentos, problemas financeiros e perda de confiança (17).

A família é caracterizada como uma unidade afetada, fragmentada, deteriorada por conflitos e crises existenciais frequentes e, às vezes, sem consciência da extensão do seu sofrimento psíquico (17).

Os valores familiares estão cada vez mais empobrecidos, o que provoca mudanças nas relações interpessoais, e enfraquece a concepção de solidariedade entre as pessoas (14).

REDUÇÃO DE DANOS E OS DESAFIOS DA PRÁTICA DO PSICÓLOGO

Devido à grande maioria dos usuários de álcool desenvolver algum tipo de problema, especialmente com agravos à saúde em decorrência ao uso abusivo, cabe ao poder público cuidar desses agravos (20).

A RD é um conjunto de estratégias de saúde pública que amplia a possibilidade de cuidados, minimiza as consequências causadas por práticas de risco relacionadas ao uso de álcool (20).

Trabalhar a prevenção na perspectiva da estratégia de RD é compreender que o melhor caminho para lidar com o uso de álcool, não é o decidir e definir pelos outros quais são os comportamentos mais adequados e corretos. Muito diferente disso, é construir juntos as possibilidades de escolhas mais autênticas e livres, diminuindo vulnerabilidades (21).

A partir da epidemia mundial de HIV/AIDS, a RD foi inserida como uma ação de combate a mesma, e, além disso, trouxe questões a respeito de experiências de pessoas que usam drogas, tornando-se um dispositivo que permite aos usuários falar por si próprios e também a possibilidade de aproximar e acompanhar o que eles dizem (22).

A RD é uma política oficial da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), que faz a regulamentação da nova Política Brasileira sobre Drogas e, do Ministério da Saúde, que regulamenta ações destinadas à redução de danos sociais e à saúde decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas (20).

As ações devem ser desenvolvidas com o objetivo de reduzir os riscos, juntamente com os usuários de drogas que não conseguem ou não querem interromper o uso, sem necessariamente intervir na quantidade consumida pelo mesmo (20).

Entretanto, os profissionais que trabalham com a estratégia de RD enfrentam desafios com o crescente uso de substâncias psicoativas no Brasil. É necessário refletir, analisar e discutir para melhor compreender este fenômeno, através das abordagens neste cenário epidemiológico, como também as principais repercussões da utilização dessa estratégia (23).

É imprescindível que haja uma delimitação do campo de ação da estratégia de RD, para não incorrer no erro de aplicá-la em populações cuja as características não condizem para tal demanda. É de suma importância o contato com a mesma e a investigação de suas necessidades, questionando-se qual dano se pretende reduzir (24).

Além disso, existem também os desafios práticos que estão relacionados com a falta de clareza e divergências teóricas em relação à estratégia, onde muitas vezes, as experiências práticas têm como foco a prevenção de doenças, isentando questões sociais como a exclusão e o preconceito em relação ao usuário (24).

Existem também desafios do trabalho Intersetorial preconizado nas políticas públicas brasileiras, em grandes debates sobre drogas, pois saúde e segurança pública parecem estar em lados opostos, o que dificulta a implementação de estratégias de RD (24).

Percebe-se um confronto entre a população alvo e a repressão policial decorrentes do desconhecimento da estratégia, de julgamentos morais, preconceitos e estigmatizações em relação ao usuário, mesmo quando as políticas sobre drogas enfatizem um trabalho conjunto entre saúde e segurança pública (24).

As práticas que acordam com as propostas feitas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e os desafios para chegar à população que se destina, propicia uma rejeição da estratégia de RD por parte dos profissionais devido ao desconhecimento das especificidades e de uma compreensão mais ampla de cada indivíduo (25).

Geralmente, o usuário é visto numa situação igualitária como se todos os casos tivessem a mesma gravidade e nesse sentido, as propostas de intervenção

existentes costumam exigir a abstinência imediata, o que causa uma privação no tratamento dos usuários, pois nem sempre eles conseguem alcançar este objetivo (25).

A experiência de criação do vínculo com o usuário de álcool e outras drogas é de suma importância, pois possibilita um maior conhecimento de sua realidade, e cabe aos profissionais compreenderem que ofertar cuidado na perspectiva da RD não é estimular o uso de drogas (20).

O maior desafio neste contexto é a definição das ações e condutas dessa estratégia, que serve como ferramenta de intervenção, sensibiliza e prepara os profissionais de saúde para uma compreensão flexível, ampla e qualificada da estratégia (20).

Além disso, a estratégia caracteriza-se pela formatação mais humanitária, com uma medida de baixa exigência, ao contrário das estratégias proibicionistas de alta exigência, que estabelece a abstinência total como meta principal. A estratégia de RD permite que o usuário participe do seu tratamento, o que caracteriza uma medida em conjunto e em defesa da autonomia daqueles que usam drogas (24).

Embora a estratégia tenha conquistado o seu espaço na agenda pública brasileira, atualmente se depara com inúmeros desafios que demandam uma compreensão mais ampla do cenário das drogas contemporâneas, para formular ações diversificadas e com eficácia (24).

Sendo assim, o debate atual da possível falta de clareza sobre RD, seja no âmbito acadêmico ou na prática, indica que a superação dos obstáculos entre segurança e saúde, foram efetivadas somente no plano teórico. Na prática continuam ambíguas, uma vez que as experiências demonstram a falta de compreensão sobre os âmbitos de intervenção de cada uma (24).

A RD, permite ampliar a visão do profissional para atender além das necessidades dos problemas relacionados diretamente ao uso do álcool, é importante que o olhar voltado para essa estratégia não seja de experiências forjadas de pessoas que viveram ou vivem na criminalização (26).

O profissional não pode se posicionar como um sujeito suposto saber, ou seja, não define os rumos do tratamento, e sim ajuda-o a construí-lo a partir da própria fala do usuário, com um acolhimento para além dos discursos autorizados e o resgate da noção de integralidade para o cuidado de pessoas usuárias de drogas (27).

POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO PARA O USO ABUSIVO DE ÁLCOOL

Diante do reconhecimento da problemática que envolve pessoas que usam álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Atenção Integral aos usuários, cuja proposta é a ampliação do acesso ao tratamento e a promoção do direito à cidadania (28).

A estratégia pública de Atenção em Saúde Mental é de suma importância pois substitui o modelo manicomial, além de assumir o papel de promover ações para a promoção da saúde, o que implica em práticas múltiplas que articulem o tratamento às dimensões sociais, culturais e políticas (29).

Nessa mesma perspectiva, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma estratégia adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), voltada para pessoas portadoras de sofrimento psíquico ou transtorno mental, e também aquelas que fazem uso de álcool e outras drogas. Fundamentada em 23 de dezembro de 2011 pela portaria número 3.088, a RAPS tem como objetivo, oferecer serviços diferentes para as diferentes necessidades em saúde mental (29).

De acordo com a portaria de número 336/ ,de 19 de Fevereiro de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), são serviços de atenção à saúde territorializados, estratégicos e referenciais. São abertos, comunitários, que oferecem atendimentos diários ao usuário de álcool e outras drogas e também aos seus familiares (29).

O CAPS I tem a finalidade de atender pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves, e também necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em municípios acima de 15.000 habitantes (29).

O CAPS II atende pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e também pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, conforme a organização de saúde da rede local. Essa modalidade de CAPS é indicada para municípios com população acima de 70.000 habitantes (29).

O CAPS III é destinado a pessoas com sofrimento ou portadoras de transtornos mentais graves e proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas incluindo feriados e finais de semana, sendo indicado para municípios ou regiões com populações acima de 150.000 habitantes (29).

O CAPS AD atende adultos e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e é indicado para regiões com população acima de 70.000 habitantes (30).

O CAPS AD III atende adultos ou crianças e adolescentes, levando em consideração as normas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, com funcionamento de 24 horas incluindo feriados e finais de semana. É indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes (30).

E por último o CAPS i, que é destinado a atender crianças e adolescentes em sofrimento e com transtornos mentais graves, e além dos que fazem uso de álcool e outras drogas (29).

Todas as modalidades de CAPS são compostas por equipes multiprofissionais, tendo como obrigatório médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social (30).

Outra modalidade de tratamento são os Consultórios de Rua, que surgiram com o objetivo de promover acesso ao serviço de saúde aos usuários de rua, permitindo o tratamento e a prevenção do uso de álcool e outras drogas (28).

Para a realização das atividades do Consultório de Rua, a equipe é composta por médico, assistente social, psicólogo, enfermeiro e redutores de danos. Sua atuação ocorre a partir da articulação no território, com um mapeamento das áreas de risco, que impõe um funcionamento aberto com a participação da equipe e de todos os usuários (5). As atividades realizadas são precedidas de reuniões para o planejamento e discussão de estratégias e o cenário de atuação varia conforme o território (28).

É importante considerar a importância de uma construção significativa de vínculos com os usuários a partir da criatividade e da subjetividade, que permita um olhar diferenciado para os mesmos. Neste contexto, existe a possibilidade de uma relação dialógica e uma escuta que visa uma melhor construção de estratégias para atender a necessidade do campo (28).

Dentre as diversas possibilidades de tratamento existem também as Comunidades Terapêuticas, que funcionam em locais fechados e o tratamento consiste em intervenções de reabilitação social, aquisição de direitos, responsabilidades. Os usuários são tratados como protagonistas do seu tratamento, com o auxílio dos colegas internos e profissionais de saúde, e a internação é considerada voluntária, ou seja, o usuário tem que aceitar o tratamento e pode abandonar o tratamento quando quiser (31).

Nessas comunidades é preconizado a integralidade da pessoa, onde questões familiares e de saúde física e mental são adicionadas à proposta de

tratamento. Os modelos de atendimentos são diversificados, fato que dificulta a generalização desses espaços como modelo único (5).

No Brasil, as Comunidades Terapêuticas possuem regulamentação própria para seu funcionamento, instituída pela Resolução 029/2011 da Agência Nacional Vigilância Sanitária (ANVISA), vinculada ao SUS através da RAPS como serviço de saúde (5).

São considerados três tipos de internações definidas por lei, sendo que a primeira é a internação voluntária, feita com o consentimento do usuário. A segunda denominada involuntária, é aquela que ocorre sem o consentimento do usuário e normalmente é pedida por terceiros. E por último a internação compulsória que acontece por determinação da justiça (32).

O atendimento na Atenção Básica de Saúde é outra forma de tratamento que interfere diretamente na escolha de atitudes preventivas para a qualidade de vida das pessoas, devido à construção de vínculos com a comunidade, sendo de extrema e fundamental importância a orientação de um profissional da saúde neste contexto (29).

Outra modalidade de tratamento é a Atenção de Urgência e Emergência, que é feita através da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, responsável pelo acolhimento e classificação de risco e cuidado decorrentes do sofrimento ou transtorno mental das pessoas que usam álcool e outras drogas (29).

Existe também o serviço hospitalar de referência, denominado Hospital Geral que possui enfermagem especializada, com equipe multiprofissional para atender os usuários com transtorno mentais e necessidade advindas do uso de álcool e outras drogas, com internações de curta duração até que seu quadro clínico esteja estável (29).

CONCLUSÃO

A Redução de Danos é uma ferramenta de suma importância nos dias atuais, uma vez que contraria o modelo manicomial, cuja finalidade não era o tratamento e sim, a higienização social. Esta era a estratégia usada quando não se sabia o que fazer com o que não se conseguia compreender.

Esta estratégia é eficaz, pois permite a construção de uma melhor qualidade de vida para os usuários e seus familiares, que apesar de todo sofrimento

que o uso de álcool e outras drogas pode alavancar, aprendem a ajudar seu ente querido sem necessariamente preterí-lo. Além do mais, possibilita vínculos.

A RD não se limita apenas às estratégias, mas inclui a capacidade do profissional de não deixar se guiar por um roteiro fechado ou uma fórmula pronta, com a construção de um suposto saber sobre o usuário. Assumir o compromisso com a estratégia não facilita o seu trabalho, pelo contrário, pode torná-lo mais abrangente, em várias esferas da vida do usuário.

Estudos demonstram como pode ser ampla a RD através de acolhimentos diferenciados, construções a partir da fala dos usuários, o resgate da noção de integralidade. Se estas questões são esquecidas, torna um equívoco achar que o papel do profissional é somente tratar o uso abusivo de droga, o que direcionaria almejar exclusivamente a abstinência absoluta, no tempo estipulado pelo profissional.

Quando este se coloca na posição de um saber constituído, não expande sua autoconsciência, não se permite avaliar a prática cotidiana do usuário, sem interrogá-la em sua própria existência.

Este trabalho proporcionou concluir que existem vários desafios em torno da eficácia relacionada a esta estratégia, o que dificulta a sua prática na rede de saúde pública. Faz-se necessário compreender que ofertar atenção na perspectiva da RD não é estimular o uso de álcool e outras drogas, mas sim perceber que o usuário pode escolher usar drogas ou não, assim como quando quer usá-la.

REFERÊNCIAS

1. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. *Psicol. Ciênc. prof.*, 2013;33(3):580-95.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2.^aed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. OMS: Genebra; 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde

- para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
5. Conselho Federal de Psicologia. Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas. Brasília: CFP; 2013.
 6. Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
 7. Brasil. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS, e dá outras providências. Brasília; 2004.
 8. Louzã Neto MR, Neto Helio E. Psiquiatria Básica. 2ª ed. Artmed; 2007.
 9. Reis GA, Góis HR, Alves MS, Partata AK. Alcoolismo e seu tratamento Rev. científica ITPAC, 2014;7(2).
 10. Gallassi AD et al. Custos dos problemas causados pelo uso abusivo do álcool. Rev. Psiq. Clín. 2008;35(supl 1):25-30.
 11. Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri: Minha Editora, 2009.
 12. Vilela, JS, Loreto MDS, Vilela JS, Silva A. O. Influência do alcoolismo nos projetos de vida dos dependentes. Rev. Bras. econ. domest., 2015;26(1):18-45.
 13. Sousa PF et al. Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança. Temas psicol. 2013;21(1):259-68.
 14. Araújo MK. O uso de álcool e outras drogas e o enfrentamento desta questão pela família do usuário. [Dissertação] Guarulhos: Universidade Guarulhos; 2012.
 15. Oliveira JAP. "Eu bebo sim": percurso de alcoolistas em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS-ad. 2015. 77f. [Dissertação]: Franca: Universidade de Franca; 2015.
 16. Nascimento LTR, Souza JG, Vivian L. Relacionamento entre familiar e usuário de álcool em tratamento em um centro de atenção psicossocial especializado. Texto contexto - enferm., 2015;24(3):834-41.
 17. Santos ACW. Uso de Álcool e Outras Drogas entre Jovens Órfão cujos Pais morreram de Aids na cidade de São Paulo 2014 198f.[Dissertação]: São Paulo: Universidade de São Paulo 2014.
 18. Zilberman ML, Blume SB. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. Rev. bras. 2005;27(Supl IIS):51-5.

19. Scheffer M, Pasa GG, Almeida RMM. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psicol. Teor. e Pesqui.* 2010;26(3):533-541.
20. Büchele F, Dimenstein, MDB. (orgs.) Recursos e estratégias do cuidado [Recurso eletrônico]: Módulo Universidade Federal de Santa Catarina .Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC; 2014.
21. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org.). Álcool e Outras Drogas. São Paulo: CRPSP; 2011.
22. Souza TP. A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). Campinas: [s.n.]; 2013.
23. Moreira JAC, Padilha MICS, Zeferino, MT. Políticas e estratégias de redução de danos para usuários de drogas. *Rev. baiana enfer.*, 2015;29(1):76-85.
24. Machado LV, Boarini, M L. Políticas sobre drogas, estratégias de redução de danos. *Rev. Psicol. Ciênc. prof.* 2013;33(3):580-95.
25. Torteski R, Faria JG. Estratégias de Redução de danos: um exercício de equidade e cidadania na atenção de usuários de drogas. *Rev. Saúde Pública* 2013;6(2):78-91.
26. Ramminger T, Silva M. Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
27. Conselho Federal de Psicologia Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras. Brasília: CFP; 2010.
28. Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Práticas de saúde das equipes dos consultórios de rua. *Cad. Saúde Pública.* 2014;30(4):805-14.
29. Franco TB, Zurba MC. Atenção psicossocial e cuidado [Recurso eletrônico]: Módulo Ferramentas potentes da atenção psicossocial: as redes de apoio, à autonomia e o trabalho no território.]: Módulo Universidade Federal de Santa Catarina .Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC; 2014.
30. Melo PF, Paulo MAL. A importância da família na recuperação do usuário de álcool e outras drogas *Saúde Coletiva em Debate.* 2012;2(1):41-51.
31. Woerner CR. Comunidade terapêutica: do seu histórico ao acompanhamento de adolescentes: um estudo de revisão sistemática de literatura entre 2002–2013. Florianópolis/SC, 2014.
32. Barros DM, Serafim AP. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Rev Psiq Clín.* 2009;36(4):175-7.

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA

Autora Orientanda:

Luciana Alves Dornela

Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira – B. Cidade Nova, 1200, Bloco 3A

Patos de Minas - MG

Telefone (34) 3818-2300

Fax (34) 3818-2300

Email lucianaadr@hotmail.com

Autora Orientadora:

Juliana Amorim Pacheco de Oliveira

Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira – B. Cidade Nova, 1200. Bloco 3A

Telefone (34) 3818 - 2300

Fax (34) 3818-2300

Email: juamorimpacheco@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Patos de Minas, 21 de Dezembro de 2016

Luciana Alves Dornela

Juliana Amorim Pacheco de Oliveira



FACULDADE PATOS DE MINAS



FACULDADE PATOS DE MINAS

Mantenedora – Associação Educacional de Patos de Minas

Portaria de Recredenciamento MEC – DOU N°. 1469 de 10 de Outubro de 2011.

Curso de Graduação em Psicologia

Bacharelado (Formação de Psicólogo)

Portaria de Reconhecimento MEC – DOU N°. 371 de 30 de Agosto de 2011.

“Como Psicólogo, eu me comprometo a colocar minha profissão a serviço da sociedade brasileira, pautando meu trabalho nos princípios da qualidade técnica e do rigor ético. Por meio do meu exercício profissional, contribuirei para o desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão na direção das demandas da sociedade, promovendo saúde e qualidade de vida de cada sujeito e de todos os cidadãos e instituições.”

(Juramento do Psicólogo – Conselho Federal de Psicologia)