

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LARYSSA MANSO DE LIMA

**REDUÇÃO DE DANOS E PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS:
PLANO DE AÇÃO DA ESF SÃO FRANCISCO DE CONCEIÇÃO DAS
ALAGOAS - MG**

UBERABA / MG
2014

LARYSSA MANSO DE LIMA

**REDUÇÃO DE DANOS E PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS:
PLANO DE AÇÃO DA ESF SÃO FRANCISCO DE CONCEIÇÃO DAS
ALAGOAS - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^aDr^a Rosimár Alves Querino

UBERABA / MG
2014

LARYSSA MANSO DE LIMA

**REDUÇÃO DE DANOS E PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS:
PLANO DE AÇÃO DA ESF SÃO FRANCISCO DE CONCEIÇÃO DAS
ALAGOAS - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: ProfªDrª Rosimár Alves Querino

Banca Examinadora

Orientadora: ProfªDrª Rosimár Alves Querino – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Examinador: Profª Drª Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Uberaba: 25/01/2014.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, amigos e a toda equipe de saúde da família São Francisco, os quais contribuíram para a elaboração e execução deste projeto. E a Deus, pela bençãoda vida.

Dedico este trabalho a minha família e amigos, que me apoiaram e me deram estímulo necessário para cumprir mais uma jornada.

“Como o Mestre sempre dizia, “é possível fugir dos monstros de fora, mas não dos de dentro”“.

E é incrível como a mente humana tem facilidade em
Criar fantasmas para assombrá-la.

Em plena era digital,
os sentimentos primitivos continuavam vivos”.

Augusto Cury

RESUMO

O consumo de drogas ilícitas e lícitas, por brasileiros, tem aumentado nas últimas décadas. Os agravos oriundos da dependência comprometem a saúde, o arranjo familiar e social do consumidor. A abordagem da dependência química tem sido um desafio para a saúde pública, a qual atualmente segue um rumo alternativo, visando à redução de danos ao invés da extinção do uso. O estudo objetivou elaborar projeto de intervenção com vistas à redução do uso de drogas lícitas e ilícitas na população de abrangência da equipe de saúde da família São Francisco do município de Conceição das Alagoas-MG. E, ainda, identificar usuários de álcool, tabaco e outras drogas na área de abrangência; fatores determinantes do uso de drogas; usuários que têm interesse em cessar o uso de drogas e apoiá-los neste processo; e sensibilizar, toda a comunidade, quanto aos riscos e agravos à saúde provocados pelo uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas. Baseou-se no diagnóstico situacional e, após análise dos dados cadastrados no Sistema da Atenção Básica e observação ativa da área de abrangência, o abuso de álcool e drogas ilícitas foi eleito problema prioritário. Foi elaborado um plano de ação utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) instituído pela Universidade Federal de Minas Gerais. Na revisão bibliográfica, foram utilizadas produções científicas das bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Lilacs e Scielo, no período de 2004 a 2014, com os seguintes descritores: drogas ilícitas, alcoolismo, redução de danos e saúde da família. O plano de ação incluiu atividades preventivas, de apoio e atividades focadas na estratégia de redução de danos, com o intuito de moderar os agravos à saúde causados pelo uso de drogas sem, no entanto, impedir o uso. Conclui-se que a redução de danos pode ser considerada uma política antidrogas democrática, pois oferece uma alternativa de cuidado àqueles que não buscam pela abstinência. A abordagem pela saúde da família é imprescindível, uma vez que o conhecimento do território e o vínculo criado entre esses profissionais e a comunidade contribuem para a efetividade do cuidado.

Descritores: Drogas Ilícitas, Alcoolismo, Redução de Danos, Saúde da Família.

ABSTRACT

The consumption of illicit and licit drugs, Brazilian, has increased in recent decades. The damages arising from dependence endanger the health, family and social arrangement consumer. The approach to addiction has been a challenge to public health, which currently follows an alternative path, aimed at harm reduction rather than the extinction of use. The study aimed to develop intervention project aimed at reducing the use of legal and illegal drugs in the population coverage of family health team São Francisco the city of Conceição das Alagoas – MG. And also to identify users of alcohol, tobacco and other drugs in the coverage area; determinants of drug use; users who have an interest in stopping drug use and support them in this process; and sensitize the whole community, about the health risks and complications caused by the abuse of legal and illegal drugs. Was based on the situation analysis, and after analysis of the data registered in the Basic System of Care and active observation of the coverage area, the abuse of alcohol and illicit drugs was elected priority problem. It was drawn up an action plan using the method of Situational Strategic Planning (PES), established by the Federal University of Minas Gerais. In the literature review, scientific production of databases were used: Virtual Health Library, Lilacs and SciELO, from 2004 to 2014, using the following keywords: Illicit Drugs, Alcoholism, Harm Reduction and Health. The action plan includes preventive activities, support and activities focused on harm reduction strategy, in order to moderate the health problems caused by drug use without, however, prevent the use. We conclude that harm reduction can be considered a democratic drug policy because it offers a care alternative to those who do not seek the withdrawal. Prevention is key, but any mechanism that can reduce the devastation that drugs have caused in society should be considered. The approach for the health of the family is essential, since the knowledge of the territory and the bond created between these professionals and the community contribute to the effectiveness of care.

Keywords: Street Drugs, Alcoholism, Harm Reduction and Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CAPS-AD** - Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras drogas
- CEBRID** – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
- DST/AIDS** – Doenças sexualmente transmissíveis/ Síndrome da imunodeficiência adquirida
- DM** – Diabetes Mellitus
- ESF**–Estratégia Saúde da Família
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano
- HAS** –Hipertensão Arterial Sistêmica
- HAN** – Hanseníase
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana
- LILACS**–Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- NASF**– Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
- NESCON**–Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PEAD** – Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas
- PES**–Planejamento Estratégico Situacional
- PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica
- SCIELO** – A Scientific Electronic Library Online
- SIAB**–Sistema de Informação da Atenção Básica
- SUPERA** - Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas
- SUS**–Sistema Único de Saúde
- TB** – Tuberculose
- UFMG** – Universidade Federal de Minas Gerais
- UFTM**– Universidade Federal do Triângulo Mineiro

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

QUADRO 1: Distribuição da população por faixa etária no município de Conceição das Alagoas - MG.....	14
QUADRO 2: Distribuição das principais morbidades e condições referidas no município de Conceição das Alagoas - MG.....	15
QUADRO 3: Cadastros de alcoólatras, com mais de 15 anos, no município de Conceição das Alagoas - MG.....	15
GRÁFICO 1: Quantidade de atendimentos à usuários de álcool e drogas ilícitas no município de Conceição das Alagoas – MG.....	16
QUADRO 4: Quantidade de atendimentos de saúde mental no município de Conceição das Alagoas - MG.....	16
QUADRO 5: Distribuição da população da área de abrangência da ESF São Francisco por faixa etária.....	17
QUADRO 6: Projetos propostos para solução de nós críticos.....	30
QUADRO 7: Desenho de operações relacionadas ao uso nocivo de álcool e outras drogas.....	31
QUADRO 8: Viabilidade dos projetos.....	32
QUADRO 9: Organização do Plano de Ação da ESF São Francisco.....	33

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	13
3	JUSTIFICATIVA.....	18
4	OBJETIVOS.....	20
	4.1 Objetivo Geral.....	20
	4.2 Objetivos Específicos.....	20
5	METODOLOGIA.....	21
6	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
	6.1 Política antidrogas no Brasil e redução de danos.....	22
	6.2 Contextualização do uso do crack.....	24
	6.3 Papel dos profissionais de saúde e da saúde da família.....	26
7	PLANO DE AÇÃO.....	28
	7.1 Identificação e priorização do problema.....	28
	7.2 Nós Críticos.....	29
	7.3 Desenho das operações e viabilidade.....	29
	7.4 Resultados esperados.....	33
	7.5 Elaboração do plano operativo.....	33
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
	REFERÊNCIAS.....	39
	ANEXO 1.....	42

1 INTRODUÇÃO

O consumo de drogas ilícitas e lícitas, por brasileiros, tem aumentado nas últimas décadas. Os agravos oriundos da dependência comprometem a saúde, a dinâmica familiar e social do consumidor. A abordagem da dependência química tem sido um desafio para a saúde pública, a qual atualmente segue um rumo alternativo, visando à redução de danos ao invés da extinção do uso. A prevenção é fundamental, contudo ações que possam minimizar os impactos das drogas nas pessoas, famílias e comunidades devem ser valorizadas.

De acordo com o II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, o uso de álcool entre jovens de 12 a 17 anos é de 54,3% deste, 7% são dependentes. Esse índice aumenta na faixa etária de 18 a 24 anos, na qual o consumo é de quase 80% e a dependência próxima dos 20%. (CARLINI, 2007)

O abuso de drogas interfere na saúde e na qualidade de vida dos usuários, além de atingir toda a sociedade. O álcool é a substância mais consumida entre os adultos jovens, com idade de início cada vez menor. O consumo deste na adolescência está relacionado à dependência futura e comportamentos de risco, como sexo desprotegido e envolvimento em brigas (SILVA et al., 2010).

O alcoolismo pode trazer consequências ainda piores, devido ao comportamento violento. Foi constatada a presença de álcool no agressor, na vítima ou em ambos em até 66% dos casos de homicídio e agressões severas e em até 50% dos casos de estupro e atentado ao pudor (SCHRAIBER et al., 2006).

Além disso, evidencia-se que o álcool é uma importante porta de entrada para drogas ilícitas. Estudo do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas(CEBRID)realizado com estudantes dos ensinos fundamental e médiomostrou que adolescentes que usavam álcool relataram já terem entrado em contato com outras drogas: 26,5% solventes, 17,3% maconha, 14,2% tabaco, 10,5% ansiolíticos, 8,1% anfetamínicoe 7,2% cocaína.

As drogas contribuem na etiologia e manutenção de vários problemas sociais, econômicos e de saúde enfrentados no Brasil devendo, portanto, serem abordadas por todos os setores.Somado a isto, a ideologia da criminalização da dependência química, sustenta a identidade delinqüente dos usuários e corrobora com a exclusão social e distanciamento destes dos serviços de saúde e das equipes.

Devido à dimensão alcançada por esta doença podemos considerar a compulsão pelas drogas um problema de saúde pública, especialmente para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que a abordagem familiar na prevenção e tratamento do vício faz-se necessária e é parte integrante da atuação desta equipe. O arranjo familiar protetor é uma das razões para o não uso de drogas por adolescentes de baixa condição socioeconômica, como evidenciou estudo de Sanchez et al. (2005).

Considerando a complexidade do tema dependência química, o trabalho na equipe saúde da família São Francisco do município de Conceição das Alagoas - MG contribuiu para o delineamento dos questionamentos que nortearão este projeto de intervenção: Quais os fatores determinantes para a utilização de drogas na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família São Francisco? Como a equipe de saúde da família pode contribuir para a redução e a prevenção do abuso de drogas?

2 CENÁRIO DO ESTUDO

O presente projeto volta-se para a problemática do consumo abusivo de álcool e drogas pela população da área de abrangência da ESF São Francisco do município de Conceição das Alagoas – MG. O município de Conceição das Alagoas está situado na região do Triângulo Mineiro, na microrregião de Uberaba, distante desta apenas 56 Km. Apresenta uma população de 23.043 habitantes (IBGE, 2010), sendo 90,5% urbana. Sua área territorial é de 1.340,250 Km² e a densidade demográfica é de 17,19 hab/Km². Pelo Censo de 2010, existem 6.463 famílias e 6.944 domicílios particulares permanentes.

Como aspectos socioeconômicos o município apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,712; taxa de alfabetização de adultos de 0,865; o valor do rendimento nominal médio mensal per capita dos domicílios particulares permanentes é do total de R\$861,08; esperança de vida ao nascer = 71,28 anos; crescimento populacional de 1.83; taxa de fecundidade = 2.32; grau de urbanização = 84; taxa de alfabetização das pessoas de 5 anos ou mais de idade = 90.84; proporção de domicílios particulares permanentes por tipo de saneamento adequado = 84,27%, semi-adequado = 10,93% e inadequado = 4,80%. (IBGE, Censo 2010)

Com relação à economia, Conceição das Alagoas sempre se dedicou à pecuária de leite e corte, às lavouras de soja, milho, sorgo e arroz, mas desde meados da década de 1990, as culturas de soja e cana-de-açúcar vêm conquistando espaço. No município, estão instaladas a Usina Caeté - usina de álcool e açúcar do Grupo Carlos Lyra - e a Usina Hidroelétrica Volta Grande (CEMIG), que também são grandes empregadoras.

No âmbito da saúde, o município de Conceição das Alagoas tem crescido e se fortalecido exponencialmente ao seguir as propostas do Ministério da Saúde para a consolidação do SUS. Para tanto mantém 15 estabelecimentos de saúde que prestam serviços à população, sendo 14 públicos. Dispõe de sete Equipes Saúde da Família (ESF) que cobrem aproximadamente 80% da população municipal, um Hospital e uma Unidade Básica de Saúde tradicional.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi instituída no SUS, em 1994, como prioritária para expansão e consolidação da Atenção básica. Esta estratégia fundamenta-se na territorialização, no acesso universal, nas relações de vínculo, na

longitudinalidade do cuidado, na integralidade da assistência e na autonomia dos usuários sobre sua própria saúde (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde propõe uma equipe multiprofissional composta por: médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os profissionais de saúde bucal são: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar ou técnico de saúde bucal, podem complementá-la. A equipe saúde da família pode contar, também, com o Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF) que agrega outras categorias profissionais importantes à gestão compartilhada da atenção (BRASIL, 2011).

O Quadro 1 apresenta dados demográficos da cidade de Conceição das Alagoas.

Quadro 01: Distribuição da população por faixa etária no município de Conceição das Alagoas - MG.

Idade	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60 e +	Total
Urbana	1646	1617	1774	1877	2249	5436	4482	1799	20880
Rural	191	195	219	98	135	589	552	183	2162
Total	1838	1812	1993	1975	2384	6025	5034	1982	23043

Fonte: IBGE, Censo demográfico, 2010.

Observa-se que o município de Conceição das Alagoas apresenta 90% de população urbana. A faixa etária predominante é a de 25 a 39 anos, seguido da faixa etária de 40 a 59 anos, isso mostra que o município segue a tendência nacional de envelhecimento da população (ALVES, 2014).

Em relação às principais morbidades e condições referidas, como pode ser observado no Quadro 2, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais frequente, seguida do diabetes mellitus (DM), dados que se assemelham ao cenário nacional. A prevalência autorelatada da HAS tem aumentado aproximadamente 0,5% ao ano (SCHMIDT et al., 2010) e a do DM aumentou de 3,3% em 1998 para 5,3% em 2008 (VIACAVA, 2010).

Estas condições crônicas são frequentes na atenção básica, sendo comumente concomitantes. Entretanto, devido à baixa adesão aos tratamentos, medicamentosos e não medicamentosos, adentram a atenção secundária e terciária

(CARVALHO et al., 2012). A descompensação clínica, além de trazer prejuízos à saúde da pessoa, gera altos custos ao SUS, sendo, portanto um problema de saúde pública.

A ocorrência do alcoolismo na população de Conceição das Alagoas pode parecer pequena, em quinto lugar na classificação decrescente das principais morbidades. Porém, a utilização do álcool pode interferir no tratamento das doenças crônicas, como o diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Doenças estas de grande prevalência na população de estudo. Importante ressaltar, também, a subnotificação dos casos.

Quadro 02: Distribuição das principais morbidades e condições referidas no município de Conceição das Alagoas - MG.

Morbidade	Alc.	Chagas	Def. física	Dist. Mental	DM	HAS	HAN	Malária	TB
População	45	159	91	-	714	2.359	5	3	5

Fonte: SIAB, novembro de 2014.

Legenda:

Alc. – Acoolismo

Dist. Mental – Distúrbio mental

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

TB – Tuberculose

Def. física – Deficiência física

DM – Diabetes Mellitus

HAN – Hanseníase

Quadro 03: Cadastros de alcoólatras, com mais de 15 anos, no município de Conceição das Alagoas - MG.

Ano	2004	2006	2007	2012	2013	2014
Quant. de cadastros	38	41	50	37	38	45

Fonte: SIAB, novembro de 2014.

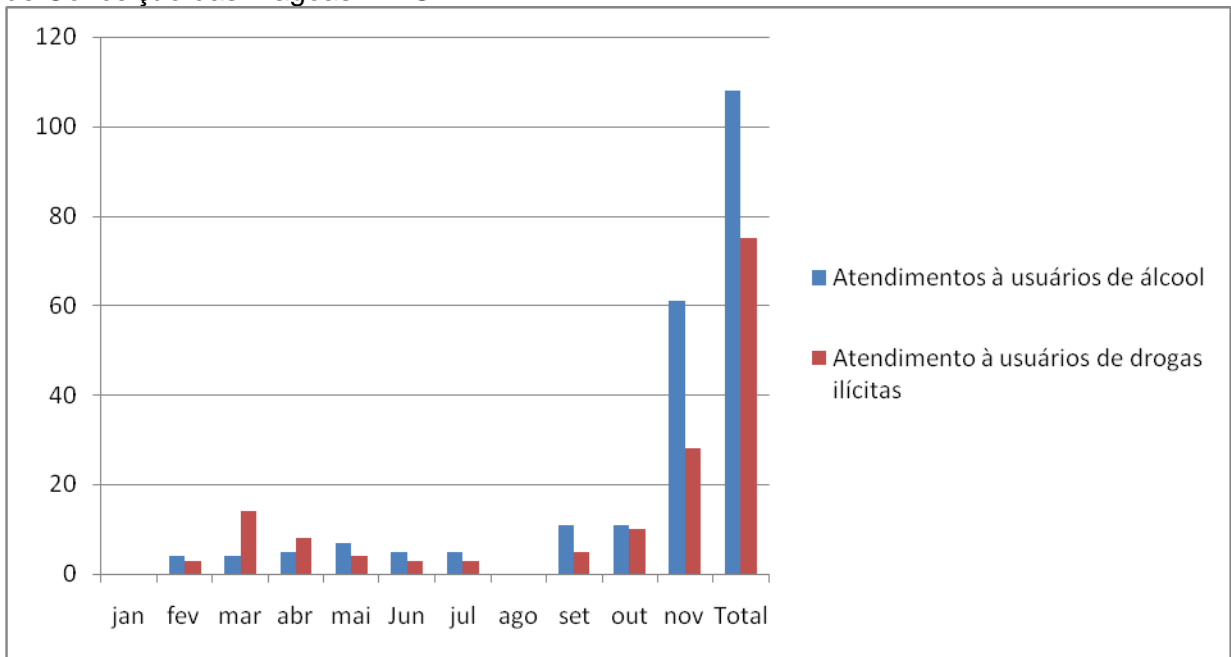
Diante dos dados do município de conceição das Alagoas – MG observa-se que o número de cadastros de alcoolistas maiores de 15 anos aumentou de 38 para 45 em 10 anos. Apresentou seu pico em 2007, com 50 cadastros, e uma redução nos anos de 2012 e 2013, voltando a aumentar em 2014.

O gráfico 1, apresentado na próxima página, contém dados referentes ao atendimento de usuários de álcool e drogas ilícitas no município de Conceição das Alagoas ao longo de 2014.

Em consonância com o aumento de cadastros, a quantidade de atendimentos a usuários de álcool, drogas ilícitas e de saúde mental, também seguem uma tendência crescente. Acredita-se que haja, ainda, subnotificação destes dados e que a quantidade de alcoolistas e usuários de drogas seja ainda maior. A deficiência nos

registros merece destaque. No Quadro 02 nenhum registro de deficiente mental é encontrado, em contrapartida o Quadro 04 apresenta um total de 404 atendimentos em saúde mental no mesmo ano de referência.

Gráfico 01: Quantidade de atendimentos à usuários de álcool e drogas ilícitas no município de Conceição das Alagoas – MG.



Fonte: SIAB. Novembro de 2014.

Quadro 04: Quantidade de atendimentos de saúde mental no município de Conceição das Alagoas - MG.

Mês/2014	jan	fev	Mar	abr	mai	jun	Jul	ago	set	out	nov	Total
Quantidade atendimentos	0	11	26	11	45	33	-	-	74	100	104	404

Fonte: SIAB. Novembro de 2014.

Assim, mesmo que o alcoolismo não se apresente como a morbidade ou condição referida mais frequente em Conceição das Alagoas–MG, como demonstrado no quadro 02, a repercussão do alcoolismo e do uso de drogas observada na comunidade favorece a suspeita de subnotificação.

A unidade na qual será desenvolvido o projeto de intervenção é a ESF São Francisco, inaugurada em agosto de 2006. Sua área de abrangência apresenta, atualmente, 3.400 pessoas. O abastecimento de água tratada é de 85% e o recolhimento de esgoto por rede pública é de 94%. A população usuária do

Sistema Único de Saúde é de 89%.A área apresenta em sua rede de apoio uma creche, uma escola de educação infantil e uma escola de ensino fundamental e médio. Além disso, possui uma igreja católica e uma evangélica.

A equipe de saúde da família é composta por médica, enfermeira, dentista, técnica de enfermagem, auxiliar de consultório odontológico, 06 agentes comunitários de saúde e auxiliar de serviços gerais. No município existe o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto por psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e farmacêutico. O NASF oferece apoio às equipes de saúde da família em dias alternados, na ESF São Francisco o atendimento ocorre às terças-feiras.

A composição demográfica da população atendida pela ESF São Francisco é apresentada no Quadro 05:

Quadro 05: Distribuição da população da área de abrangência da ESF São Francisco por faixa etária.

Idade	1-4	5-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60
Homem	95	157	128	140	649	213	121	138
Mulher	114	196	158	136	711	179	151	146
Total	209	341	286	276	1360	392	272	284

Fonte: SIAB, novembro de 2014.

No ano de 2014, foram 65 atendimentos de usuários de álcool e 39 atendimentos de usuários de drogas ilícitas. Este público, segundo relatos de integrantes da equipe e de familiares, raramente era atendido por demanda agendada. Os atendimentos aconteciam por meio de visita domiciliar ou de demanda espontânea quando compareciam na unidade de saúde desacompanhados.

Os familiares dos usuários procuravam, mais rotineiramente, a unidade de saúde. Na maioria das vezes com agendamento e, geralmente, com queixas de depressão ou ansiedade. Apesar de toda a equipe e comunidade saberem da dependência, poucos atribuíam seu quadro clínico à questão das drogas.

Os rompimentos de vínculos familiares e sociais e o preconceito com o usuário são marcantes. Muitos membros da equipe se recusavam a atendê-los e, ainda, atribuíam todos os problemas da comunidade ao usuário, e não o contrário. O fato de taxá-los como “vagabundos” limitava as possibilidades de cuidado da ESF.

3 JUSTIFICATIVA

O diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família São Francisco foi feito através de reuniões com todos seus integrantes e, ainda, com representantes do NASF e da comunidade local, além de utilizar dados sobre alcoolismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas da ficha A de cadastramento do Sistema de informações da Atenção Básica (SIAB) e, observação sistemática do território. Sendo assim, foi eleito o abuso de drogas como problema prioritário.

O problema situacional com o uso de drogas tem sido cada dia mais desgastante e preocupante na área da ESF São Francisco. Vários são os fatores que contribuem para esta questão não só local, mas também em toda a cidade. Interferindo, até mesmo, no controle de doenças crônicas e agudas, pelo envolvimento dos moradores com o uso de drogas lícitas e ilícitas.

A maior parte dos moradores da ESF São Francisco, quase 40% do total, é composta por adultos jovens com idades entre 20 e 39 anos. A população de adultos jovens é a maior consumidora de bebida alcoólica no Brasil (SILVA et al., 2010), sendo este, um facilitador para drogas ilícitas (GALDUROZ e NOTO, 2000 apud GALDUROZ e CARVALHO, 2004). A facilidade de acesso aos entorpecentes e a deficiência da segurança pública, tornam a situação do tráfico bastante complexa.

O uso de drogas ilícitas, principalmente o crack, é também muito preocupante nesta população, tanto no âmbito da saúde quanto da assistência social. Os dados quanto ao uso desta droga são subestimados, pois não há referência do uso pelo usuário. Galduróz, Noto e Nappo (2005), em ampla pesquisa com quase 30% de representação da população brasileira, também encontraram baixa porcentagem de uso de crack (0,7%) e consideraram este percentual pouco preciso, dada a expansão da droga no país.

A falta de planejamento familiar e os conflitos nos arranjos familiares são outros problemas encontrados nesta comunidade, uma vez que o apoio familiar é fator de proteção para o uso de drogas (SANCHEZ et al., 2005). A família é o elo que une as diversas esferas da sociedade e está implicada no desenvolvimento saudável, ou não, de seus membros. Na área de abrangência da ESF São Francisco muitas famílias não se consolidam de maneira plena, apresentam graves problemas sociais e relações afetivas conflituosas.

Considerando a relevância de se planejar as ações de saúde levando em consideração as particularidades da área e da população assistida, e mediante diagnóstico situacional de uso abusivo de álcool e outras drogas na área de abrangência da ESF São Francisco, um projeto com vistas à prevenção e redução do consumo e dos danos à saúde causados pelo uso de drogas foi considerado como forma de contribuir para transformar esta comunidade em um ambiente melhor.

Além disso, é importante destacar que, apesar do abuso de drogas ser considerado um problema grave por todos os profissionais de saúde e haver grande demanda na comunidade, não há nenhum projeto em desenvolvimento para o atendimento desta população, em âmbito local ou municipal.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral:

Elaborar um projeto de intervenção com vistas à redução do uso de drogas lícitas e ilícitas na população de abrangência da ESF São Francisco do município de Conceição das Alagoas-MG.

4.2 Objetivos Específicos:

- Identificar os usuários de álcool, tabaco e outras drogas na área de abrangência;
- Identificar os fatores determinantes do uso de drogas;
- Sensibilizar quanto aos riscos e agravos à saúde provocados pelo uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas;
- Identificar usuários que têm interesse em abandonar o uso de drogas e apoiá-los neste processo;
- Apresentar formas de reduzir os agravos à saúde causados pelas drogas.

5 METODOLOGIA

O presente projeto de intervenção se baseia no Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES), instituído pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) na literatura científica disponível sobre abuso de álcool e drogas ilícitas e atuação profissional com enfoque na redução de danos. (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010)

Para tanto foi realizada revisão da literatura nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Lilacs e Scielo. Realizando cruzamento entre os descritores em saúde: Drogas Ilícitas, Alcoolismo, Redução de Danos e Saúde da Família. O recorte temporal utilizado foi o período de 2004 a 2014.

O diagnóstico situacional da área é uma importante ferramenta para o planejamento das ações e definição de prioridades, uma vez que permite a identificação dos problemas regionais e a elaboração de estratégias para sua resolução em ordem decrescente de gravidade. Deve ser utilizado frequentemente pela ESF com o objetivo de ampliar sua efetividade (RIBEIRO et al., 2008).

Compreendendo que os problemas de saúde de uma determinada comunidade são dinâmicos, o diagnóstico situacional não deve, portanto, ser estático. É preciso realizá-lo periodicamente para se verificar a continuidade do problema ou não. Uma equipe que trabalha sem a evolução dos diagnósticos pode estar dispensando esforços em ações que não trazem benefícios para a população da área.

A estratégia adotada para abordar a utilização de álcool e drogas ilícitas seguirá a perspectiva da prevenção para os moradores que não fazem uso do álcool e de drogas ilícitas e da redução de danos para aqueles que já possuem o vício.

A redução de danos vem se consolidando como um importante movimento nacional, impulsionando a construção de uma política de drogas democrática em defesa da vida. Tornando-se, ao longo dos anos, uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na abstinência (PASSOS e SOUZA, 2011).

6 REVISÃO DA LITERATURA

6.1 Políticas antidrogas no Brasil e redução de danos

O usuário de drogas é visto na sociedade ora como uma figura perigosa, ora como um doente. Estes estigmas são fruto do duelo existente entre a criminologia e a psiquiatria. Em 1989, a cidade de Santos – SP, por ser ponto estratégico para o tráfico de drogas, foi a primeira a desenvolver estratégias de redução de danos no Brasil. A saúde municipal oferecia “Kits” com seringas e agulhas para usuários de drogas injetáveis não compartilharem e reduzir a transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (PASSOS e SOUZA, 2011).

Nesta época, o Secretário de Saúde e o coordenador do Programa de DST/AIDS sofreram ação judicial devido à adoção desta estratégia. Evidenciando o confronto vivido entre forças conservadoras e totalitárias. Esta foi a primeira ação de redução de danos no Brasil e, por focar o crescimento acelerado dos casos de AIDS, se reduziu a uma única ação, a troca de seringas para usuários de drogas injetáveis (PASSOS e SOUZA, 2011).

Contudo, os usuários de drogas injetáveis foram migrando para o uso de crack, sendo então, necessários novos mecanismos para redução dos seus agravos. A descentralização de recursos financeiros da federação para os estados e municípios, em 2003, levou a diminuição dos programas de redução de danos no Brasil (ANDRADE, 2011).

Apesar do retrocesso, os esforços para o combate as drogas continuaram caminhando. Houve a criação do curso SUPERA – Sistema para a detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas, destinado a profissional da saúde e da assistência social, hoje em sua quinta edição. Houve, também, a ampliação da rede CAPS-AD – Centro de atenção psicossocial em álcool e outras drogas a partir de 2002; a criação do PEAD – Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e a prevenção em álcool e outras drogas, em 2009, (BRASIL, 2009) e do Plano Crack, em 2010 (BRASIL, 2010).

Os embates entre justiça e saúde no que diz respeito ao uso de drogas já levou, no passado, à criminalização dos usuários e sua exclusão da sociedade. Atualmente, ainda existem fortes correntes que defendem a extinção das drogas e

da política de redução de danos. Porém, ao se atribuir ao usuário toda a responsabilidade sobre seu vício e estigmatizá-lo, se reduzem as contribuições dos profissionais para a promoção da saúde dos dependentes químicos.

A política de redução de danos caracteriza-se como uma abordagem ao fenômeno das drogas que visa minimizar danos sociais e à saúde associados ao uso de substâncias psicoativas, sem necessariamente reduzir a quantidade e a frequência do uso. Várias são as maneiras de se reduzir danos, como a entrega de kits contendo seringas e preservativos. Porém, a produção do cuidado não se dá tão somente através entrega de kits; tal ação isolada tem caráter impessoal e por isso pode não atingir o propósito desejado (DELBON e FERREIRA, 2006).

Estudo realizado em serviços de atendimento a usuários de drogas da Prefeitura de São Paulo avaliou as intervenções com foco na distribuição de kits de redução de danos e observou aumento do acesso aos serviços e de procura por kits pelos usuários de drogas (DELBON e FERREIRA, 2006).

Os autores destacaram que implantar um projeto de redução de danos é uma tarefa complexa que exige: integração com líderes comunitários, treinamento regionalizado, supervisão institucional, equipe coesa, serviço de referência disponível e apoio da gestão municipal (DELBON e FERREIRA, 2006).

Ao refletir sobre as orientações de saúde vê-se que a abordagem da redução de danos está presente em muitas doenças. Por exemplo, quando se orienta o paciente diabético que come doce a aferir sua glicemia antes e após o consumo. A deficiência de produção de insulina contra indica o consumo de açúcares. Contudo, tendo em vista que o paciente irá consumir de qualquer forma, a opção mais segura é monitorar esse consumo visando o mínimo de controle glicêmico, ao invés de “fingir” que sua dieta é perfeita (CASSEB, 2005).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz a autonomia como um de seus princípios (BRASIL, 2011). O usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pela sua saúde e tem o direito de opinar sobre seu tratamento mediante conhecimento de todas as informações necessárias para sua escolha. Isto é, o indivíduo, seguindo os limites legais, tem o direito de se expor aos riscos e é corresponsável por sua condição de saúde.

Assim como o desarmamento, distribuição de preservativos, incentivo a ingestão de água em bares e casas noturnas, proibição do tabaco em ambientes fechados são consideradas ações promotoras de saúde, a política de redução de

danos também tem se mostrado uma alternativa promissora para o tratamento do abuso de drogas (PASSOS e SOUZA, 2011)

6.2 Contextualização do uso de crack

O Plano Crack, instituído em 2010, objetivou promover a integração de ações voltadas para a prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas. Entretanto, suas metas não foram plenamente atingidas. O combate ao consumo do crack ainda é um desafio para a saúde pública brasileira (BRASIL, 2010).

A criação do CAPS-AD previa a reabilitação dos usuários de drogas em parceria com a estratégia saúde da família sob a filosofia de não reclusão destes (BRASIL, 2014). Contraditoriamente, o Plano Crack trouxe a criação de leitos em hospitais gerais e psiquiátricos destinados à população de dependentes químicos, alocando mais de 50% dos recursos financeiros da saúde para o cumprimento de tal exigência (ANDRADE, 2011).

Assim como os leitos hospitalares, a exigência de se criar CAPS-ADIII-24 horas (BRASIL, 2014) culminou na desarticulação deste plano com a saúde da família, intensificando o problema já existente da ausência de territorialização no cuidado em saúde dos usuários de drogas (ANDRADE, 2011).

Alguns pontos positivos do Plano podem ser destacados por meio das estratégias de implantação de pontos de acolhimento; de pontos de arte, cultura e renda para usuários e das Escolas Redutoras de Danos do SUS (BRASIL, 2009). Apesar do subfinanciamento e de algumas fragilidades, estes projetos representam uma esperança no sentido da promoção da saúde e da democratização da política antidrogas no Brasil.

A utilização do crack e, mais recentemente, do oxi está em foco na mídia, ambas levam a sensação de grande euforia de curta duração e têm sido apresentadas como “Drogas da Morte”, devido ao seu poder de dependência e destruição da saúde. Seu princípio ativo é a cocaína, e a via de administração de maior intensidade e rapidez do efeito é a fumada. Para obtenção da volatilização da droga são utilizados bicarbonato de sódio, amônia ou hidróxido de cálcio no crack e óxido de cálcio no oxi (MAIA JUNIOR e TURRER, 2011).

Tais substâncias levam à irritação da mucosa do trato respiratório e podem provocar sérias queimaduras na porção interna da boca e na externa também quando se utiliza latinhas, ao invés do tradicional cachimbo para fumar (MAIA JUNIOR e TURRER, 2011). O incentivo ao uso do cachimbo e de protetor labial, como manteiga de cacau, são exemplos de ações de redução de danos, pois evita a queimadura sem, no entanto, impedir o uso do crack.

O perfil do usuário de crack da grande São Paulo foi descrito por Oliveira e Nappo (2008) como sendo: sexo masculino, jovem, solteiro, baixa classe socioeconômica, baixo nível de escolaridade e sem vínculo empregatício. Com relação à estrutura familiar do usuário de crack, Seleglim e Oliveira (2014) encontraram uma tendência a acompanhar as mudanças ocorridas nas últimas décadas, ou seja, famílias com diferentes configurações, fato que não pode ser relacionado com a instalação do vício.

Os usuários de crack e drogas ilícitas em geral podem ser doentes compulsivos, necessitando de tratamento multidisciplinar, individual e coletivo, e em alguns casos, até mesmo de internação em clínicas especializadas. No entanto,

[...] Consideradas em conjunto, as implicações associadas ao uso de crack consistem em importante problema à saúde pública, sendo necessário o desenvolvimento de programas de intervenção e políticas públicas ao seu controle. Em contrapartida, o presente trabalho já indica a existência do uso controlado de crack, com características distintas do uso compulsivo. Trata-se do uso mais racional de crack com menores implicações individuais e sociais. As estratégias intuitivamente desenvolvidas semelhantes às medidas adotadas por ex-usuários para alcançar o estado de abstinência, consistem em importantes alternativas à redução de danos e, até mesmo, interrupção do uso. (OLIVEIRA e NAPPO, 2008, p. 670)

A internação compulsória, contra a vontade do usuário, é uma medida coercitiva com intuito de “limpar as ruas”, totalmente na contra mão da reforma sanitária, a qual preconiza a reinserção social. Além disso, após a reclusão o indivíduo volta para o mesmo contexto e, devido às influências do meio acaba por retomar o vício. A redução de danos, por sua vez, respeita os limites de cada indivíduo e busca pela preservação da saúde e segurança do usuário e, conseqüentemente, da comunidade em que vive (OLIVEIRA, 2013).

6.3 Papel dos profissionais de saúde e da saúde da família

A população de usuários de drogas não tem o serviço de saúde como referência. Ficam muitas vezes desassistidos devido a dificuldades no acesso, preconceitos, entre outros empecilhos. A atenção básica, cuja principal estratégia é a saúde da família, deveria promover o vínculo com esta população e atuar em consonância com os demais programas governamentais. Afinal, a ESF veio com o intuito de promover a territorialização, ser porta de entrada e ordenadora dos cuidados em saúde (BRASIL, 2011).

No entanto, muitas são as barreiras que dificultam sua eficiência, tais como: baixa cobertura populacional, principalmente em grandes cidades, nas quais o consumo de drogas e a violência são maiores; despreparo dos profissionais de saúde em lidar com usuários de drogas por desconhecimento dos efeitos biopsicossociais, medo dos profissionais de se expor à violência e ao tráfico; e não incorporação de programas de redução de danos no seu cotidiano devido ao preconceito quanto a legitimidade destas práticas (ANDRADE, 2011).

Estudo com 143 profissionais da Estratégia de Saúde da Família do Distrito Federal mostrou que quase 80% desconhece a política de redução de danos, mais de 65% nunca tiveram contato com os redutores de danos e mais de dois terços não procuram informações sobre esta estratégia (LANDI FILHO et al., 2009).

Pesquisa realizada em Goiás com profissionais da Atenção Básica corrobora tais achados. Ao responderem questionário sobre drogas, 40% dos profissionais acertaram questões relativas a conhecimentos gerais e apenas 18% sobre políticas públicas (SOUZA, 2013). Evidencia-se a necessidade de capacitação dos profissionais da atenção primária para garantir melhorias na organização da atenção à saúde.

Apesar da falta de capacitação dos profissionais e das dificuldades das equipes de saúde da família em atuar frente ao problema da dependência química, a ESF possui uma gama de possibilidades para cooperar no combate às drogas e conquistar melhores condições de vida aos usuários. Entre as possibilidades da saúde da família para a atuação na questão das drogas está a abordagem baseada na família e na comunidade. Barros e Pillon(2006) ainda citam:

[...] os profissionais da atenção primária podem atuar frente a essa temática... nos três níveis de prevenção. ...primária (promoção à saúde), secundária (diminuição da incidência da doença real) e

terciária (redução de comprometimento pela doença); [...] (BARROS e PILLON, 2006, p. 147).

A revisão de literatura sobre dependência química, redução de danos e a atuação da equipe saúde da família contribuiu para a construção do plano de ação apresentado no item seguinte.

7 PLANO DE AÇÃO

Para realização do plano de ação foi utilizado como referencial teórico o material do módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da família, do NESCON/UFMG(CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Após reuniões e discussões a equipe de saúde da Família São Francisco definiu os maiores problemas da área como: violência, uso indiscriminado de drogas, gravidez na adolescência, grande número de consultas de demanda espontânea, poucas opções de lazer, dificuldades de acesso pelas ACS ao bairro em decorrência da necessidade de atravessar a rodovia e, ainda, população migrante que não se fixa à área.

Diante do diagnóstico situacional e avaliação da situação de trabalho a equipe notou a necessidade de uma maior aproximação com a população, levando acesso à informação, garantindo uma melhor relação equipe-paciente e, conseqüentemente, melhorando o processo de saúde local. Evidenciou-se, ainda, a importância de envolvimento da prefeitura e da polícia militar na questão de infraestrutura e segurança pública na área.

7.1 Identificação e Priorização do Problema

Segundo discussão e observação ativa da equipe, comunidade e gestores, o uso de drogas tem sido o ponto mais importante na área, necessitando de intervenções urgentes, pois tem causado um adoecimento de parte significativa da população da área, além dos impactos nas famílias e na comunidade como um todo.

Diante da caracterização de atendimentos a usuários de álcool e drogas ilícitas no município de Conceição das Alagoas – MG pode ser observada uma tendência crescente (gráfico 1). Conforme discutido anteriormente, de acordo com dados do SIAB de 2014, a área da ESF São Francisco foi responsável por mais da metade de ambos os atendimentos no mesmo ano de referência.

Apesar de não haver dados concretos sobre o uso de crack, devido ao agrupamento de todas as drogas ilícitas em um único dado, sabe-se pela observação diária e dados informais que o uso de crack pelos moradores da área de abrangência da ESF São Francisco é representativo. A dependência química

acarreta em grandes prejuízos ao usuário e a comunidade e, por isso, merece atenção especial neste projeto de intervenção, sendo necessário incorporar ações de prevenção e de redução de danos específicas para este entorpecente.

7.2 Nós Críticos

Nó crítico é a denominação dada a uma complicação existente em um determinado contexto que ao ser desfeita leva a mudanças benéficas no ambiente que está inserida. Nó crítico é algo sobre o qual possamos intervir, temos governabilidade.(CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010)

Na ESF São Francisco foram identificados no âmbito do abuso de drogas os seguintes nós críticos:

- Alcoolismo e uso de drogas ilícitas;
- Ausência de área de lazer/esportes;
- Conflitos familiares;
- Facilidade de acesso a drogas ilícitas região e deficiência da segurança pública;
- Falta de sistematização da atenção ao dependente químico pela ESF;
- Ausência de serviços de referência no município.

7.3 Desenhos das operações e viabilidade

O desenho de operações nos permite estabelecer projetos e ações com o intuito de combater os problemas identificados no diagnóstico situacional, executados pela equipe de saúde da família, juntamente com a gestão local, de acordo com sua capacidade potencial de enfrentamento. Esses projetos são, então, analisados segundo a viabilidade de recursos disponíveis, interesse e capacidade da equipe e suporte da gestão política local. O Quadro 06 sistematiza as informações referentes aos nós críticos e os projetos elaborados para solução.

QUADRO 06: Projetos propostos para solução de nós críticos

Nó crítico	Projeto	Objetivos
Alcoolismo/ drogas ilícitas	Aplicar questionário Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) validado para o português por Henrique e cols. (2004). Como recomendado pelos autores utilizamos a versão ASSIST 3.0 (OMS, 2014)	Identificar os usuários de álcool, tabaco e outras drogas na área de abrangência.
	Redução de danos	Divulgar a política de redução de danos Criar vínculo com usuários de álcool e drogas Implantar ações de redução de danos.
Ausência de área de lazer/esportes	Sensibilização para Construção de área de lazer/esportes no bairro	Expôr a necessidade da construção de um centro de lazer para a comunidade.
	Parceria com o setor de esporte municipal	Viabilizar a oferta de atividades físicas para todas as faixas etárias, principalmente, adolescentes.
Conflitos familiares	Grupos terapêuticos	Promover trocas de experiências e apoio profissional
Falta de informações sobre prejuízos do uso de álcool e drogas.	Palestras educativas	Sensibilizar os adolescentes sobre os riscos do alcoolismo e do consumo de drogas ilícitas à saúde

Após a identificação dos problemas que necessitam de intervenção e dos projetos que podem solucioná-los é fundamental traçar o desenho das operações para que a equipe possa se organizar e seguir as etapas traçadas no plano.

Identificar os objetivos, os resultados esperados, os recursos necessários e os atores de cada intervenção permite que esta seja acompanhada e, caso seja necessário, revista. Para tanto, o plano operativo deve sempre ser retomado por toda equipe durante todas as etapas do projeto.

QUADRO 7: Desenho de operações relacionadas ao uso nocivo de álcool e outras drogas.

Operação /Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Questionário ASSIST	Identificar os usuários de álcool, tabaco e outras drogas na área de abrangência	Capacitação acerca do assunto das ACS Motivação da ESF Aceitação da população local a esta operação	Material para impressão do questionário Caneta
Redução de danos	Divulgar a política de redução de danos Criar vínculo com usuários de álcool e drogas Implantar ações de atenção à saúde dos dependentes químicos focadas na redução de danos.	Redução dos danos à saúde causados pelas drogas, sem exigir a abstinência e, nem mesmo, redução da frequência do uso.	Confecção de folder explicando o que é a política de redução de danos Elaboração de Kits para redução de danos contendo seringas, agulhas, preservativos, cachimbo, água, entre outros.
Sensibilização ou Construção de área de lazer/esporte	Expor a necessidade da construção de um centro de lazer para a comunidade e aprovação da proposta.	Reunião com representantes políticos, da comunidade e da saúde.	Sala de reuniões
Grupos terapêuticos	Promover trocas de experiências e apoio profissional	Formação de grupos para apoio aos usuários de álcool e drogas e seus familiares; Mobilização dos adolescentes para participarem do grupo Atendimento integral aos dependentes químicos Apoio do NASF e CAPS/ad (em fase de implantação)	Material didático e de divulgação; Espaço físico para encontros do grupo; Cadeiras para todos participantes Dinâmicas de grupo
Palestras educativas	Sensibilizar os adolescentes sobre os riscos do alcoolismo e do consumo de drogas ilícitas à saúde	Elaboração de palestras em Power point e com cartazes nas salas de ensino fundamental e médio Informação, conscientização e sensibilização dos adolescentes quanto ao efeito a curto, médio e longo prazo do uso de drogas e álcool.	Power point Datashow Cartolinas Canetas hidrocor Revistas para recortar

A viabilidade do projeto consiste na análise dos recursos necessários, a disponibilidade destes recursos e na organização das ações que devem ser desenvolvidas para a efetivação das intervenções. Além disso, deve-se eleger o ator que irá ser responsável ou monitorar cada projeto e sua motivação para tal tarefa possibilitando, assim, sua exequibilidade.

QUADRO 8: Viabilidade dos projetos

Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos Ator que controla Motivação	Operações estratégicas
Questionário ASSIST	Para confecção do questionário	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Favorável Impressão do questionário Capacitação das ACS para aplicarem o questionário.
Redução de danos	Para confecção e impressão de cartazes informativos e elaboração dos kits de redução de danos	Equipe de Saúde de Família São Francisco	Favorável Organização e confecção de cartazes sobre a política de redução de danos. Elaboração dos kits de redução de danos Abordagem dos usuários de álcool e drogas
Sensibilização p/ Construção de área de lazer / esportes	Reunião com prefeitura e câmara municipal	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social Prefeitura Municipal	Razoável Criação de um centro de lazer para a comunidade
Grupos terapêuticos	Material didático e informativo	Equipe de Saúde de Família São Francisco NASF	Favorável Produção do material didático e de divulgação; Capacitação da equipe e preparação de dinâmicas de grupo
Palestras educativas	Material didático e informativo	Médica e enfermeira da ESF Secretaria Municipal de Educação Secretaria Municipal de Saúde	Favorável Preparação para realização de palestras nas escolas

7.4 Resultados esperados

Espera-se, com esta intervenção, em curto prazo que a equipe de saúde da família crie um vínculo com os dependentes químicos e familiares e, através desta relação amistosa, possa sensibilizá-los a seguir as orientações acerca da redução de danos podendo, assim, garantir melhora da sua saúde, da sua atuação nas atividades diárias e da sua relação com a sociedade.

No médio prazo, a expectativa é que estes usuários tenham interesse em abandonar o vício, que busquem auxílio da equipe de saúde da família e que esta os apoie neste processo. E, em longo prazo, que os adolescentes desta comunidade sensibilizem-se quanto aos malefícios do consumo de álcool e drogas ilícitas levando, portanto, a prevenção da dependência química.

7.5 Elaboração do Plano Operativo

O plano operativo foi construído para a efetivação e execução das operações definidas pela ESF para agir sobre o diagnóstico situacional da área e contemplar ações que provoquem mudanças no ambiente e na saúde da população local.

QUADRO 9: Organização do Plano de Ação da ESF São Francisco

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsáveis
Questionário ASSIST	Detecção do envolvimento com álcool, tabaco e substâncias	Capacitação acerca do assunto das ACS Mobilização das ACS para aplicarem o questionário.	Conhecer e detectar na área de abrangência aqueles pacientes de risco ou já com envolvimento com álcool, tabaco e outras drogas.	ESF São Francisco (ACS)

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsáveis
Redução de danos	<p>Conscientização da população alvo e seus familiares sobre os efeitos do uso de álcool, tabaco e outras drogas</p> <p>Implantação de ações e estratégias de redução de danos para os dependentes químicos da área adscrita.</p>	Confecção de folder explicando o que é a política de redução de danos	Afixação do material mural recados da unidade de saúde	ESF São Francisco
Construção de área de lazer / esportes no bairro	Aguardando reunião com prefeitura e câmara municipal	Reunião com prefeitura e câmara municipal agendada para o dia 10/02/2015	Construção de um centro de lazer para a comunidade.	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social Prefeitura Municipal
Grupos terapêuticos	<p>População alvo mais consciente sobre os riscos e efeitos do uso de álcool, tabaco e outras drogas na saúde</p> <p>Trocas de experiências</p> <p>Apoio profissional</p>	Formação de grupos para apoio aos usuários de álcool e drogas e seus familiares	<p>Produção do material didático e educativo.</p> <p>Capacitação da equipe e preparação de dinâmicas de grupo</p>	Equipe de Saúde de Família São Francisco NASF
Palestras educativas	<p>Conscientização e sensibilização dos jovens sobre os riscos do alcoolismo e do consumo de drogas ilícitas à saúde</p> <p>Aumento da busca na unidade de saúde sobre informações a respeito do assunto</p>	<p>Preparação de palestras nas escolas</p> <p>Confecção de material didático e de divulgação</p>	Realização de palestras nas escolas de ensino fundamental e médio.	Médica e enfermeira da ESF Secretaria Municipal de Educação Secretaria Municipal de Saúde

O plano de ação encontra-se em andamento e terá continuidade mesmo com a saída da médica da equipe. A ESF São Francisco já aplicou o questionário ASSIST(ver modelo no Anexo 1) em parte da população, 352 pessoas da área de

abrangência, as ACS o fizeram durante suas visitas domiciliares, mas os dados não foram ainda analisados.

Os cartazes informativos sobre a política de redução de danos foram afixados no quadro de recados da unidade de saúde e muitos usuários leram o material e se interessaram pela política, principalmente aqueles com histórico familiar de dependências.

Foi agendada uma reunião com a Câmara municipal e prefeitura para discutir propostas para construção de áreas de lazer e esportes no bairro.

O primeiro grupo terapêutico foi realizado na Unidade coordenado pela médica e enfermeira da unidade e pelo psicólogo do NASF. Participaram 5 parentes de usuários de álcool/drogas e 2 usuários.

Neste primeiro encontro houve a interação entre os participantes por meio da dinâmica de grupo “O barbante”. Nesta, o participante que está segurando o barbante se apresenta e fala sobre suas expectativas com relação ao grupo terapêutico, sem soltar, passa o rolo para outro participante. Ao final das apresentações, é observada uma rede que se formou com o barbante e as pessoas, representando a rede de apoio necessária para seguir a caminhada rumo à recuperação do usuário de drogas e de sua família. Esta rede deve ser composta não só por profissionais de saúde, mas, também, por familiares e outras pessoas significativas. O grupo refletiu sobre a dinâmica e fez um contrato de sigilo, para deixar clara a importância do respeito ao próximo e permitir maior liberdade durante as discussões.

Esperamos que os próximos grupos tenham mais adeptos devido ao conjunto de ações de todo o projeto que mobilizem e despertem o interesse da população local.

A médica e enfermeira, com o apoio da assistente social do NASF, realizaram uma palestra sobre o assunto em salas de aula do ensino fundamental e médio da escola da área. Esta palestra procurou levar aos estudantes, de forma didática e jovial, informações a respeito dos efeitos fisiológicos e psicológicos do uso de álcool e drogas a curto, médio e longo prazo, evidenciando pontos muitas vezes desconhecidos pela juventude que entra neste caminho em momentos de vulnerabilidade.

Além da palestra, contamos, ainda, com o apoio das alunas do Curso de Aperfeiçoamento do Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde, em

que nossas ACSs protagonizaram uma peça teatral personificando o lado escuro e o lado sereno do caminho das drogas, demonstrando que a vida é feita de escolhas e que cada escolha traz consequências. Ao final encerrou-se a atividade com um bate-papo com os adolescentes.

Ao longo deste projeto de ação, houve um aumento na procura da unidade pela população local na busca de informações a respeito do assunto e, ainda, pacientes usuários de drogas com comorbidades mostraram-se mais preocupados e responsáveis com o tratamento de suas doenças.

O início da implantação do Plano de Ação evidenciou a importância da temática e de sua introdução no cotidiano da equipe, um ganho significativo para a comunidade e profissionais.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a política antidrogas no Brasil sofreu muitas mudanças. Desde a institucionalização totalitária até o modelo atual, uma política democrática que visa à reinserção social e a redução de danos. O país teve avanços, mas ainda pode avançar no sentido da divulgação e implantação destas práticas no cotidiano dos serviços de saúde, os quais demonstram pouca intimidade com as políticas públicas voltadas à questão do abuso de drogas.

A redução de danos é uma estratégia para o cuidado em saúde de usuários que não conseguem ou não tem interesse de abandonar o vício. Preza pela saúde e segurança do usuário, levando a preservação da própria comunidade, pois modifica o ambiente propício ao consumo de drogas representando uma alternativa promissora para a redução, não só dos agravos à saúde dos usuários, mas também a incidência do vício (OLIVEIRA, 2013).

Contudo, a prevenção ainda é a melhor opção. O trabalho de conscientização e sensibilização da população, principalmente dos adolescentes, não pode parar. A dependência pode acontecer, simplesmente, após um primeiro contato com a droga, o qual tem ocorrido em idades cada vez menores. O apoio familiar tem sido demonstrado como fator protetor para o uso de entorpecentes. Assim, a educação em saúde e uma estrutura familiar sólida são recomendadas no combate às drogas.

A Estratégia Saúde da Família enfrenta diversas barreiras para a atuação efetiva no tema abuso de drogas, permeiam desde o medo da repressão até dificuldades para o trabalho em equipe e para obtenção de apoio institucional. Além dos entraves pertinentes ao tema, falta de serviço de referência, preconceito, entre outros. Apesar da complexidade, a equipe de saúde da família pode contribuir em todos os aspectos para a construção de uma sociedade com mais qualidade de vida.

A elaboração deste plano de intervenção transformou a concepção de cuidado em saúde ao usuário de droga e álcool, dos integrantes da ESF São Francisco. Conhecer o histórico das políticas antidrogas no Brasil e a trajetória da proposta de redução de danos minimizou seus preconceitos com tais práticas.

Como médica, inserida no processo de trabalho em equipe da ESF São Francisco, pude perceber como é importante haver coesão e cumplicidade entre os participantes da equipe para que um determinado projeto tenha sucesso. Cada

profissional tem sua potencialidade e deve ser valorizada e utilizada para efetivação do cuidado em saúde.

Minha atuação na saúde da família ampliou meus conhecimentos sobre os princípios e diretrizes do SUS e da atenção básica. Compreendi que, apesar de não dispor de tecnologias duras, a saúde da família tem alta complexidade, pois lida com as características biopsicosociais do ser humano, e com os determinantes sociais da saúde, no intuito de promover a saúde e a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALVES JED. **Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. Revista Portal de Divulgação.** Portal do envelhecimento, 40(IV), Mar/Abr/Mai, 2014,2178-3454. Disponível em:<www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista>. Acesso em: 5 jan. 2015.
- ANDRADE TM. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil.**Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12):4665-4674, 2011.
- BARROS MA, PILLON SC. Programa Saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas.**Revista Eletrônica de Enfermagem**[Internet]. 2006;8(1):144-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/revisao_02.htm>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.** Diário Oficial da União 2009; 05 jun. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>. Acesso em: 20 nov. 2014.
- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.** Diário Oficial da União 2010; 21 maio. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 20 nov. 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>Acesso em: 20 nov. 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Observatório Crack, é possível vencer.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-atencao-psiocossocial.html>>. Acesso em: 15 dez. 2014.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde.** 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.
- CARLINI EA et al. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005.** CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: Páginas & Letras; 2007. p. 1-472. Disponível em: <<file:///C:/Users/Fam%C3%ADlia/Downloads/metodologia.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- CARVALHO ALM et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI).**Ciência & Saúde Coletiva**. 17(7):1885-1892, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/28.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2014.
- CASSEB, MS. **Prevenção em diabetes: efeitos do treino de automonitoração na redução de fatores de risco.**2005, 113f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Belém, 2005. Programa de Pós-Graduação

em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Disponível em:

<<http://ufpa.br/ppgtpc/dmdocuments/Mariene.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2014.

DELBON F, ROS V, FERREIRA EMA. Avaliação da disponibilização de kits de redução de danos. **Saúde e Sociedade**. v.15, n.1, p.37-48, jan-abr 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n1/05.pdf>>. Acesso em 1 nov 2014.

GALDURÓZ JCF e CAETANO R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2004;26(Supl I):3-6. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a02v26s1.pdf>>. Acesso em 20 out 2014.

GALDURÓZ JCF et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. **Revista Latino-americana Enfermagem**, 2005 setembro-outubro; 13(número especial) p. 888-95.

HENRIQUE IFS et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2004; 50(2): 199-206.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>> Acesso em: 10 nov. 2014.

LANDI FILHO D et al. Redução de danos e saúde da família: conhecimento de profissionais de saúde em três regionais do DF/Brasil. **Comunicação em Ciências da Saúde**.

2009;20(4):299-306. Disponível em:

<http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2009Vol20_4reducaodanos.pdf> Acesso em: 10 nov. 2014.

OLIVEIRA, DL. **Internação compulsória X Política de redução de danos: Atenção ao usuário de crack**. 2013. 55 f. – Monografia (Bacharelado em Direito)Uniceub, Brasília, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/5333/1/RA21170486.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

OLIVEIRA LG e NAPPO SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista Saúde Pública**, 2008;42(4):664-71. Disponível em: <<http://minaspelapaz.org.br/useruploads/files/art1.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2014.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST 3.0)**. Disponível em:

<http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_portuguese.pdf>. Acesso em 20 out. 2014.

PASSOS, EH e SOUZA, TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**; 23 (1): 154-162, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2014.

MAIA JÚNIOR H, TURRER R. Oxi, uma droga ainda pior. **Revista Época** [Internet] 2011; (678). Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI233391-15223,00.html>>. Acesso em: 10 jan 2015.

RIBEIRO LCC et al. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na estratégia saúde da família. **Revista Cogitare enfermagem**: 13(3):448-452, jul-set. 2008. Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/13044/8823>>. Acesso em 15 nov. 2014.

SANCHEZ et al. Razões para o não uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Revista Saúde Pública**. 2005;39(4):599-605. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a12.pdf>>. Acesso em 15 nov 2014.

SCHMIDT MI et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: Mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL. Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2009: **Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde**. Brasília: 2010.p.111-37. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2009.pdf>. Acesso em 10 nov. 2014.

SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, COUTO MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, 2006;40(N Esp):112-20. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/32093/34159>>. Acesso em 5 nov. 2014.

SELEGHIM MR e OLIVEIRA MLF. Estrutura, relações e antecedentes do uso de drogas em famílias de usuários de crack. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. 2014 jul/set;16(3):527-34. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.21282>. - doi: 10.5216/ree.v16i3.21282> acesso em 5 jan. 2015.

SILVA KL, DIAS FLA, VIEIRA NFC, PINHEIRO PNC. Reflexões acerca do abuso de drogas e da violência na adolescência. **Escola Anna Nery**. 2010 jul-set; 14 (3):605-610. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a24.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

SOUZA, Karoline Lazzarotto de. **Avaliação do conhecimento de profissionais da atenção básica sobre crack, álcool e outras drogas**. 2013. 49 f., il. Monografia (Bacharelado em Terapia Ocupacional). Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7698/1/2013_KarolineLazzarottodeSouza.pdf> acesso em 15 dez 2014.

VIACAVA F. **Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros**. 2010. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/96/pdf/radis_96.pdf >. Acesso em: 14 jan. 2015.

ANEXO 1: Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias. ASSIST – OMS

Nome: _____ Registro: _____

Entrevistador: _____ Data: ____ / ____ / ____

1. Nasuavida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente u sonão prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

SE "NÃO" em todos os itens, investigue:
Nem mesmo quando estava na escola?

- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

2 – Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essas substâncias que mencionou? (primeira droga, depois a segunda, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

• Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

3 – Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, depois a segunda, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

4 – Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

a. derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodka, vermouths, caninha, rum, tequila)
c. maconha (baseado, erva, liambra, diambra, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga, haxixe, etc)
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
e. anfetaminas ou êxtase (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, lança perfume, etc)
g. hipnóticos/sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, diazepam, etc)
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
i. opióides (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona)
j. outras, especificar

5 – Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda, etc) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperados por você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

7 – Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda, etc) e não conseguiu?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

- FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com o seu uso de (primeira droga, depois a segunda, etc)?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante esse período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8 – Alguma vez você já usou drogas por injeção (Apenas uso não-médico)?

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de intervenção para padrão de uso injetável

1x/semana ou menos Ou menos de 3 dias seguidos	Intervenção breve incluindo cartão “riscos associados com o uso injetável”
Mais de 1X/semana Ou mais de 3 dias seguidos	Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber intervenção breve	Encaminhar para tratamento intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Álcool		0-3	4-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive). Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui. Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c+Q3c+Q4c+Q5c+Q6c+Q7c. Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a+Q3a+Q4a+Q6a+Q7a