

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA
REGIÃO MATA ATLÂNTICA – TURMA II

**PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE DANOS AO ALCOOLISMO EM CONTEXTOS INDÍGENAS:
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA
PERNAMBUCO (DSEI-PE)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde Indígena, da
Universidade Federal de São Paulo para
obtenção do título de especialista.
Orientador: Prof. Dr. Rinaldo Sergio Vieira Arruda

SÃO PAULO
2017

**PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE DANOS AO ALCOOLISMO EM CONTEXTOS INDÍGENAS:
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA
PERNAMBUCO (DSEI-PE)**

AUTORES: Edinaldo dos Santos Rodrigues
Maria Lucivânia da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde Indígena, da
Universidade Federal de São Paulo para
obtenção do título de especialista.
Orientador: Prof. Dr. Rinaldo Sergio Vieira Arruda

SÃO PAULO
2017

**PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE DANOS AO ALCOOLISMO EM CONTEXTOS INDÍGENAS:
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA
PERNAMBUCO (DSEI-PE)**

____/____/____

ORIENTADOR:

Prof. Dr. Rinaldo Sergio Vieira Arruda

AUTORES:

Edinaldo dos Santos Rodrigues

Maria Lucivânia da Silva

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai e minha mãe porque se não fosse por eles eu nem tinha trilhado este caminho.

A professora Sofia Beatriz Mendonça e o professor Douglas Rodrigues coordenadores do projeto Xingu, pelo serviço prestado aos povos indígenas, seja pelo projeto Xingu ou pela iniciativa do Curso de Especialização em Saúde Indígena proposta de formação para profissionais de saúde indígena ainda pioneira no Brasil.

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena Pernambuco na pessoa do coordenador distrital Sr. Antônio Fernando da Silva, pelo apoio a minha participação no curso e pelo reconhecimento da importância da formação em saúde indígena para os profissionais do DSEI.

Aos colegas do curso pelo aprendizado e troca de saberes especialmente a co-autora Maria Lucivânia, pela construção conjunta do projeto.

Minha gratidão ao meu orientador o Professor Dr. Rinaldo Sergio, pelo apoio na construção deste trabalho e pelas contribuições e reflexões do campo da antropologia.

RESUMO

O uso prejudicial de álcool e outras drogas são graves problemas de saúde pública, além de representarem desafios tendo reflexos físicos, mentais e agravos associados às violências. Na população indígena brasileira o consumo prejudicial de álcool é tema de debate na saúde desde a implantação do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (SASI/SUS) em 1999. Com isto, emerge a necessidade de se implantar estratégias de prevenção e Redução de Danos (RD) nas aldeias. Este projeto tem como objetivo elaborar um plano de intervenção para o enfrentamento do alcoolismo na população indígena de Pernambuco a partir da sensibilização das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) para que estas atuem na prevenção e redução dos danos e riscos. E, ainda, identifiquem usuários problemáticos a partir dos fatores determinantes do uso prejudicial e os que demonstram interesse em diminuir ou abandonarem o uso problemático. Como estratégia metodológica o projeto se propõe utilizar o Planejamento Estratégico Situacional (PES). A intervenção investirá na redução dos danos causados pelo uso de álcool sem, no entanto, ter como principal foco a abstinência. Espera-se com os resultados sensibilizar a EMSI para inserirem nas suas agendas de trabalho ações focadas na prevenção dos agravos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, buscando assim melhorar os indicadores de saúde impactados pelo uso danoso como, por exemplo, violências, mortalidade infantil, transtornos mentais e doenças crônicas.

Palavras – chave: indígenas, saúde, prevenção, álcool e drogas.

LISTA DE SIGLAS

AIS – Agente Indígena de Saúde

ATSM – Área Técnica de Saúde Mental

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

DIASI – Divisão de Atenção à Saúde

EMSI- Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

PES - Planejamento Estratégico Situacional

RD – Redução de Danos

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SESAI – Secretaria Especial de Atenção a Saúde Indígena

SIASI – Sistema de Informação de Atenção a Saúde Indígena

SASI – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SUS – Sistema Único de Saúde

PB – Polo Base

IMIP – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

- 1- Mapa do DSEI-PE

LISTA DE FIGURAS

- 1- Pirâmide populacional
- 2- Gráfico morbidades

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
1.1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA DE INTERVENÇÃO.....	9
1.2. JUSTIFICATIVA.....	14
1.3. ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS.....	16
1.4. HISTÓRIA DA REDUÇÃO DE DANOS.....	18
2. OBJETIVO GERAL.....	20
1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3. METODOLOGIA.....	22
4. RESULTADOS ESPERADOS.....	25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

INTRODUÇÃO

O uso prejudicial de álcool e outras drogas são graves problemas de saúde pública reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde OMS, além de representarem desafios tendo reflexos físicos, mentais e agravos associados às violências (ALARCON, S. et. al. 2014).

Na população indígena brasileira o consumo prejudicial de álcool é tema de debate na saúde desde a implantação do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (SASI/SUS) em 1999. Atualmente a chegada de outras drogas nas aldeias também é motivo de preocupação de profissionais de saúde e lideranças (AURELIANO E MACHADO JR, 2012).

Mesmo que, a etiologia clínica da dependência de álcool e também de outras substâncias psicoativas sejam temas de pesquisas e já tenham se tornado conhecida da medicina, psicologia, sociologia e outras áreas de estudo e também que seus critérios diagnósticos sejam conhecidos, os danos relacionados com o uso prejudicial ainda constituem desafios para a saúde pública, tanto pela dificuldade de intervenções terapêuticas, quanto para levantamentos de informações epidemiológicos.

Embora reconheçamos que uso prejudicial de álcool seja consequência de estruturas sociais vulneráveis, percebe-se que seus impactos são relevantes nos indicadores de saúde pública como, por exemplo, mortalidade infantil, acidentes com vítimas, transtornos mentais e doenças crônicas.

Todavia, os desafios referentes ao uso prejudicial de álcool e outras drogas são ainda maiores quando estão relacionadas à população indígena, devido a fatores de ordem cultural, social e geográfica.

Portanto, este trabalho se propõe a desenvolver um projeto de intervenção com foco na prevenção visando diminuir os impactos na saúde causados pelos danos, devido ao uso prejudicial álcool e outras drogas em populações indígenas, através da sensibilização dos profissionais e trabalhadores das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) na promoção a saúde pública para população indígena.

Para elaboração deste projeto, analisamos dados epidemiológicos sobre o tema levantado com as EMSI no que diz respeito a danos causados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas em comunidades indígenas do Estado de

Pernambuco e também foi aplicado um questionário sobre as necessidades decorrentes do uso de álcool com os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) realizados nos 12 Polos base.

O levantamento foi realizado pela área técnica de saúde mental e responderam ao questionário os AIS e outras lideranças comunitárias, com isso foram identificadas as principais causas que levam as pessoas a fazerem uso problemático de álcool como, por exemplo, relação da comunidade com as bebidas, vulnerabilidades psicossociais que podem aumentar a probabilidade do uso contínuo, violências associadas com uso e relação dos agravos com a saúde pública.

Além dessas análises realizamos pesquisas bibliográficas em plataformas digitais e selecionamos publicações nacionais tanto sobre as necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas na saúde da população geral quanto em contextos indígenas.

Os artigos científicos selecionados para estes estudos estão disponíveis na internet, outros materiais consultados foram os manuais do Ministério da Saúde, no que tange o debate sobre uso prejudicial de álcool e outras drogas nas comunidades indígenas.

O projeto propõe-se a realizar oficinas de capacitação com a EMSI para que esta promova ações de prevenção e redução de risco e danos relacionados à problemática do álcool e outras substâncias psicoativas nas aldeias, a proposta também investirá na elaboração de materiais educativos numa parceria com o programa de educação permanente da Divisão de Atenção a Saúde Indígena DIASI e membros da comunidade indígena.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA DE INTERVENÇÃO

Sobre o DSEI-Pernambuco, foi criado em 1999 com a implantação do Subsistema de Atenção Saúde Indígena SASI/SUS. A sede do DSEI-PE está situada na região metropolitana do Recife e abrange 15 municípios do agreste e sertão pernambucano, o mesmo é responsável por promover atenção básica à saúde de 36.888 indígenas aldeados (BRASIL, Ministério da Saúde, 2016).

É conhecida como DSEI uma área de produção de saúde voltada para atender um território adscrito, ocupado por uma população indígena, sendo este

responsável pela gestão e execução das ações de atenção básica no território e articular serviços da rede de saúde para garantir acesso dos indígenas aos serviços de média e alta complexidade do SUS.

Entende-se, também o DSEI como território étnico cultural, por comportar e agregar diferentes modos de cultura indígena, entre eles diferentes racionalidades do cuidado em saúde realizado por pajés e outros detentores dos saberes tradicionais, além de modos próprios de vida (ATHIAS e MACHADO, 2001).

A área de atuação do DSEI-PE compreende 10 etnias, 12 povos, distribuídas em 15 municípios do sertão e agreste de Pernambuco. Cada povo tem suas especificidades, formas de organizar, culturas diferentes, além disso, os territórios apresentam características geográficas bem peculiares e de difícil acesso as aldeias na maioria das etnias.

Composição territorial por etnia: Atikum no município de Carnaubeira da Penha, Fulni-ô no município de Águas Belas, Kapinawá nos municípios de Buíque e Tupanatinga, Kambiwá no município de Ibimirim, Kambiwá Tuxá no município de Inajá, Pankararu nos municípios de Jatobá e Petrolândia, Pankararu Entre Serras no município de Tacaratu, Pankará no município de Carnaubeira da Penha, Pipipã no município de Floresta, Truká no município de Cabrobó e Orocó, Xukuru de Cimbres no município de Pesqueira, Xukuru do Ororubá no município Pesqueira e Poção.



Fonte, relatório de saúde mental DSEI-PE, 2016

As ações de saúde são planejadas, monitoradas e executadas pelo DSEI, já as contratações dos profissionais se dão através de uma Organização não governamental sem fins lucrativos, uma conveniada, no caso de Pernambuco é o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

Nas aldeias a população indígena vive da produção agrícola e pecuária em pequena escala, a região convive com longos períodos de escassez de chuvas dificultando a produção de alimentos.

Atualmente outras formas de produção têm influenciado a economia nas aldeias como, por exemplo, vínculos empregatícios na educação, saúde e serviços autônomos principalmente a função de moto taxistas nas cidades próximas e o comércio de artesanatos.

Os principais agravos de saúde da população indígena pernambucana vêm mudando ao longo desses últimos 17 anos, os primeiros dados epidemiológicos de saúde indígena apontavam as doenças do sistema respiratório e as parasitoses como às principais causas do adoecimento da população indígena.

Todavia, este cenário vem ganhando uma nova configuração e este lugar está passando a serem ocupados pelas doenças crônicas não transmissíveis, doenças comuns em uma população com mais idade e com hábitos de vida pouco saudável, atualmente os dados epidemiológicos revelam que as doenças mais prevalentes estão associadas às síndromes do sistema circulatório.

Os hábitos de vida dos indígenas como sedentarismo, alimentação industrializada, carência alimentar e uso prejudicial de bebidas alcoólicas são fatores de predisposição para estas causas. Percebem-se também altos níveis de mortalidade por causas externas, destacando-se principalmente as mortes violentas por homicídio e os acidentes com mortes.

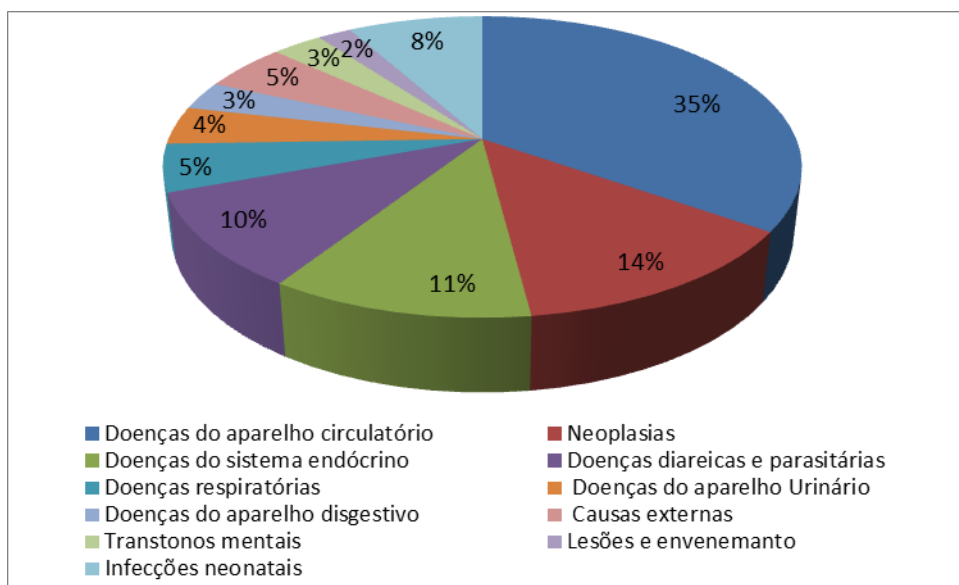
A mortalidade infantil ainda é considerada alarmante, mesmo que todos tenham acesso a serviços de saúde, porém ao discutirmos sobre a causalidade da mortalidade infantil por causas evitáveis segundo as EMSI, elas identificam o problema fazem as primeiras abordagens e encaminham para os serviços de referência e é nos serviços de referência que as crianças morrem.

As causas de mortalidade infantil também estão associadas ao uso de álcool, quando as mortes são investigadas identifica-se que pelo menos um dos genitores faz uso prejudicial de bebidas alcoólicas.

Outro dado epidemiológico que chama atenção são os agravos relacionados com transtorno mental, logo no início do programa de saúde indígena já chamavam atenção os altos índices de usuários de medicamentos psicotrópicos principalmente os ansiolíticos e antidepressivos.

Nos últimos anos o DSEI- Pernambuco tem investido na área de saúde mental com o objetivo de diminuir a incidência de pacientes que fazem uso de medicamentos psicotrópicos, mesmo assim percebe-se que tem aumentado o número de usuários e os diagnósticos psiquiátricos.

Porém é importante considerar que em todas as sociedades a medicalização tem sido uma busca constante para todos os problemas e que os investimentos precisam ser feitos na melhoria da qualidade de vida das pessoas, pois ainda não existe a presença de outras políticas públicas nas aldeias.



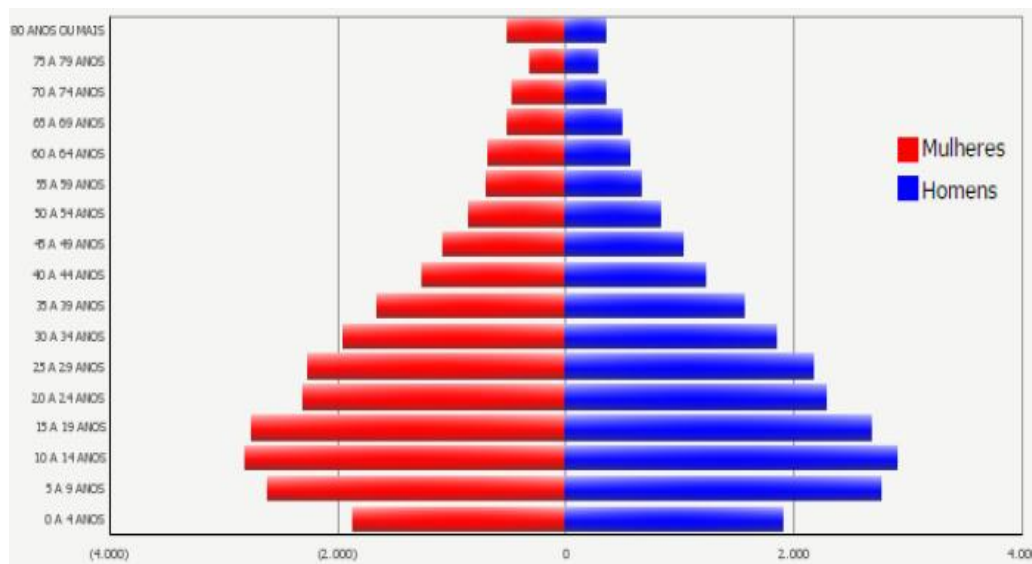
Fonte, relatório de epidemiologia DSEI-PE, 2016

Na caracterização da população indígena por faixa etária. A população indígena pernambucana é predominantemente jovem, concentrando-se especialmente na faixa etária entre adolescentes e jovens, embora tal situação venha sofrendo mudanças.

Quando se iniciou este método de observação na década de 2000 às taxas de natalidade eram maiores e a população se concentrava na maioria entre crianças de 05 a 15 anos de idade.

Atualmente percebe-se aumento da população idosa e de adultos jovens entre 15 e 30 anos, quando comparados com informações do ano 2000. Um fator que chama atenção é o aumento da população acima de 80 anos (Ver gráfico).

Corroborando assim com os dados nacionais sobre o aumento da população idosa, embora percebamos que nessa população, tais mudanças vêm ocorrendo de forma mais lenta que na sociedade geral.



Fonte, relatório de epidemiologia DSEI-PE, 2016

Também, se percebe mudanças no perfil epidemiológico quando comparados os problemas de saúde mais comuns do início do SASI/SUS, neste período percebia-se que as doenças mais prevalentes estavam associadas às doenças do sistema respiratório, parasitoses e diarreias, hoje se percebe aumento das doenças crônicas e neoplasias.

A taxa de fecundidade vem diminuindo de modo geral e sobre mortalidade infantil a incidência varia de um ano para outro, mas de modo geral a incidência de 23,4 óbitos por nascidos vivos 2015 é motivo de preocupação.

Destacam-se também as doenças crônicas do aparelho circulatório como as coronárias e as doenças do sistema endócrino obesidade e diabetes mellitus, conforme já citado acima essas doenças estão em crescimento na sociedade geral devido a hábitos de vida incluído sedentarismo e estresse, mas também pelo aumento da expectativa de vida da população.

Outro dado importante que merece o nosso destaque estão relacionados ao aumento da incidência dos casos de câncer nessa população, segundo informações epidemiológicas do DSEI em 2016.

As neoplasias já são as maiores causas de morte na população indígena. Já sobre os transtornos mentais estes têm aumentado gradativamente e são passíveis de um olhar mais aprofundado sobre a problemática em especial o uso prejudicial de bebidas alcoólicas.

JUSTIFICATIVA

O álcool é a droga lícita que mais causa dano a indivíduos e seus coletivos, sendo responsável por milhares de mortes violentas no trânsito, conflitos interpessoais e comorbidades associadas com o uso. Diante desse fenômeno, políticas públicas para usuários de álcool e outras substâncias psicoativas despertam interesse de gestores, pesquisadores e da sociedade civil organizada (MORERA, et. al. 2015).

Porém, compreender o fenômeno do uso excessivo das bebidas alcoólicas, é necessário observar as relações do homem com tais substâncias, pois seu uso atravessou gerações e chegou até a atualidade, ainda mais fortalecido (GOMES, 2013).

Responsáveis por alterações no comportamento, na percepção da realidade e pela transformação de estados psíquicos, fascinam alguns grupos, principalmente os jovens, sendo este um motivo de preocupação social, em razão dos prejuízos causados na vida daqueles que abusam do uso (FEFFERMAN e FIGUEIREDO, 2006).

O álcool, ao longo da história da humanidade, passou por vários momentos e tiveram diferentes significados, mudando de acordo com a época e acompanharam o ritmo do desenvolvimento das tecnologias, sendo hoje um fenômeno da humanidade com maior poder destrutivo quando usado prejudicialmente (CONTE et al., 2004).

As pessoas estabeleceram relações com as drogas nos mais diversos contextos, sejam eles: sociais, econômicos, religiosos, ritualísticos, culturais, psicológicos, estéticos, climatológicos, entre outros. O consumo e a manipulação também ganharam novas formas, sendo um fenômeno cultural socialmente aceito por alguns grupos e por outros não (FORTESKI e FARIA, 2013).

Da fabricação artesanal à industrialização, o hábito de consumir o álcool e a comercialização é fortemente presente nos apelos da mídia do consumismo tornando-se um problema social de múltiplas dimensões. O álcool também é responsável por movimentar um mercado milionário em todas as partes do mundo.

As indústrias de bebidas alcoólicas representam um enorme mercado lucrativo mundial. Portanto, ao se avaliar o consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas numa perspectiva nociva, destacamos que drogas atingem não só o indivíduo, mas também suas relações sociais, de poder e atividades laborais.

Alarcon (2015) aponta que o uso de drogas afeta a produtividade quando se faz uso exagerado e afirma que o hábito de consumir álcool é responsável pelo decréscimo da produção no trabalho, devido às ausências dos trabalhadores, que desenvolvem comorbidades associadas com o alcoolismo.

Por outro lado, as indústrias de bebidas alcoólicas investem alto na propaganda e patrocinam megaeventos mundiais. O uso de álcool é indiscriminado em todos os lugares, seus danos são pouco visíveis diante dos problemas causados frente às outras substâncias.

Ao discorrer sobre a história das políticas públicas antidrogas, constata-se que as estratégias investem apenas na repressão ao tráfico, adotando medidas proibitivas (ALARCON, 2015).

Porém, a repressão às drogas se mostrou ineficiente, principalmente em relação aos cuidados com a saúde e assistência social. A lógica não funcionou e os comportamentos de risco, com tal medida, só aumentaram nas últimas décadas. Com o fracasso dessas políticas, iniciou-se um intenso debate, que dura até nossos dias, em busca de ações eficazes para dar conta dos danos causados pela dependência química (MORERA, et. al. 2015).

A drogadização passou a ser um fenômeno social complexo, se analisado a partir das lacunas dos serviços públicos de prevenção e combate às drogas, que muitas vezes contribuíram para reforçar a desigualdade social, marginalização e estigmatização dos usuários (MORERA, et. al. 2015).

Para Conte, (2014) estudos científicos têm apontado novos caminhos para lidar com as drogas, enfatizando a questão das substâncias através de medidas preventivas, centradas em ações éticas que respeitem a singularidade de cada pessoa. As estratégias de cuidado não podem apenas transferir a responsabilidade pelo cuidado da justiça para a saúde e vice e versa, mas deve criar ações conjuntas outros seguimentos das políticas de governo, ampliando o olhar sobre o fenômeno do álcool e outras drogas como um problema social de múltiplas dimensões.

Nas sociedades indígenas, além desse olhar multifacetado é necessário a assim como aponta (SOUSA, 2013), ter um olhar cuidadoso para o que chamamos de uso problemático de álcool nas sociedades indígenas, pois as relações dessas sociedades com as bebidas alcoólicas e com outras drogas se construíram na relação desses povos com outras sociedades.

Já Maciel e outros autores (2012) também se referem a aspectos construídos na relação dos indígenas com outras sociedades pelo contato e a exposição a fatores de vulnerabilidade que foram expostos, mas aponta para uma questão fundamental sobre a percepção de quem trabalha com a comunidade e suas várias formas de interpretar o fenômeno do alcoolismo entre as sociedades indígenas.

Diante do exposto, considerando que o uso de bebidas alcoólicas é um problema grave de saúde pública e que o acesso fácil tem contribuído para o aumento do consumo em todas as sociedades. Justifica-se a necessidade de projetos de sensibilização com EMSI sobre prevenção e redução de riscos e danos com foco no diálogo com a comunidade na busca do enfrentamento do uso problemático do álcool sob do planejamento estratégico situacional considerando participativas do bem viver indígena. Uma metáfora fundamentada na plenitude da vida, mas que para os povos indígenas associa-se a uma bandeira de luta por direitos.

ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS

A evolução dos conceitos de uso nocivo, dependência e toxicod dependência reconhecidas como doenças por organismos mundiais de saúde, a exemplo do alcoolismo, constituem importante dispositivo para auxiliar na criação de estratégias de enfrentamento dos danos causados às pessoas que fazem uso prejudicial (FEFFERMAN e FIGUEIREDO 2006).

A ideia de reduzir os danos, adotada por alguns governos como orientação política tem norteado as principais estratégias de prevenção e promoção da saúde de pessoas usuárias de álcool e outras drogas.

Reduzir os danos significa respeitar os indivíduos em suas escolhas, porém, não os exclui de direitos fundamentais para uma melhor qualidade de vida, entre elas o tratamento das consequências danosas devido ao uso inadequado das drogas, bem como o investimento na abstinência total daqueles que assim desejarem.

Por redução de danos entende-se um conjunto de políticas públicas para enfrentar os problemas decorrentes do uso de drogas como, por exemplo, a disseminação de doenças e a degradação do usuário (GOMES, 2013). O

investimento propõe-se diminuir a exposição do usuário a comportamentos de riscos e busca a valorização das potencialidades individuais, apelando para o protagonismo da pessoa usuária e, com isso, investe na mudança de comportamento em relação ao uso.

Para Alarcon (2015), a estratégia da redução de danos está adequada à perspectiva de uma prática libertadora no que refere à assistência aos usuários de drogas. As principais estratégias de saúde pública direcionadas a usuários de drogas tiveram início com a disseminação do HIV e o desencadeamento dos primeiros casos de AIDS, uma vez que os usuários de drogas tornaram-se mais vulneráveis a infecções tanto pelo compartilhamento de seringas quanto pela prática sexual sem proteção (GOMES, 2013).

Diante desse contexto, percebeu-se a importância de cuidar das pessoas que apresentavam comportamento de risco, por elas se exporem à vulnerabilidades psicossocial, além de contaminação e disseminação de doenças. Usuários de drogas injetáveis, não raro expostos à prostituição associada ao uso de drogas, compartilhavam seringas e pela multiplicidade de parceiros sexuais também podiam estar se infectando e ou disseminando o vírus da AIDS seja sexualmente ou na partilha de agulhas contaminadas.

O objetivo da redução de danos é que as pessoas envolvidas com o uso de substâncias psicoativas se protejam, evitando os efeitos danosos à vida social e a saúde.

A estratégia RD busca oferecer meios para que se faça o uso mais adequado das substâncias, buscando diminuir a relação com a dependência, orientando sobre uma utilização menos prejudicial sem com isso deixar de investir na abstinência.

Segundo Fefferman e Figueiredo (2006), os cuidados preventivos de HIV/AIDS colaboraram para a consolidação da estratégia de redução de danos como prática efetiva na saúde pública.

HISTÓRIA DA REDUÇÃO DE DANOS

As primeiras ações de RD se deram através da distribuição de seringas descartáveis e preservativos masculinos (camisinha), por iniciativa do Programa

Nacional de Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST/AIDS (REIS, SILVA e ANDRADE, 2010).

A ideia nasceu na Grã-Bretanha, no início do século XX, devido aos problemas decorrentes do uso de heroína que afetavam classes media e alta da sociedade. Na época foi realizado um estudo que mostrou bons resultados das estratégias de redução de danos com os usuários de opiáceos. Por meio da ajuda especializada, eles conseguiram reduzir danos, mesmo não deixando de usar a substância (ALARCON, 2015).

Esse trabalho foi reconhecido como a primeira vertente sobre o desenvolvimento de estratégias de prevenção e recuperação de dependentes de drogas utilizando-se da técnica de redução de danos.

Pouco mais tarde se desenvolveu outra vertente da redução de danos como uma estratégia eficaz, dessa vez na Holanda, na década de 1970, após o governo experimentar por anos políticas públicas pouco eficientes e ver países vizinhos adotarem ações atreladas à repressão sem nenhum resultado positivo.

Diante desse contexto, o governo holandês encomendou estudos científicos sobre estratégias de prevenção e recuperação do uso de drogas gerando dois importantes estudos, o relatório de Baan, de 1972, e o relatório de Cohen, de 1975 (ALARCON, 2015).

Os dois estudos foram muito importantes para criação de políticas públicas mais razoáveis e até mesmo para que a Holanda iniciasse a discussão sobre a legalização da cannabis. A legalização da cannabis não significa a liberação da venda e do consumo indiscriminado, mas a flexibilidade da venda sob controle de autoridades com o objetivo de reduzir os danos causados pelo tráfico e pelo consumo inadequado, também se discute a legalização da venda da cannabis para fins medicamentoso.

No Brasil, a redução de danos nasceu a partir das lutas pela reforma sanitária e psiquiátrica (ROOS, 2011). As primeiras iniciativas de RD foram implantadas pela primeira vez na cidade de Santos-SP, em 1989, ao se identificar que os usuários de drogas injetáveis estavam mais expostos à contaminação e disseminação de doenças sexualmente transmissíveis como, por exemplo, a AIDS, devido ao compartilhamento de seringas e práticas sexuais sem proteção.

Vista com desconfiança pela sociedade, a RD ganha força com a reforma psiquiátrica que vem sendo responsável pela desconstrução de um modelo de cuidado opressor. Com isso tem provocado rupturas com modelos arcaicos de cuidado e abre espaço para novas propostas.

Em 2004 a estratégia RD passou a ser considerado paradigma da Política Nacional sobre Drogas, oficializada pelo Ministério da Saúde. Com isso, a RD ganha importância como ação transversal na rede de assistência psicossocial do SUS e também nos serviços de atenção básica, buscando criar serviços territoriais centrados na melhoria da qualidade de vida.

Mesmo que a RD como política de saúde pública ainda seja pouco discutida em contextos indígenas apostarmos nessa ideia para população indígena, uma vez propõe-se como um rumo alternativo ao contrário do proibicionismo (FORTESKI e FARIA, 2013).

OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção com foco na prevenção e redução de danos ao alcoolismo em contextos indígenas na área de abrangência do DSEI-Pernambuco, através de oficinas de capacitação com a EMSI para ampliar as estratégias direcionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas nas aldeias.

OBJETIVOS GERAIS

- Capacitar a EMSI para identificar e intervir precocemente quando identificadas situação de vulnerabilidade psicossocial que possam favorecer o uso prejudicial de álcool e outras drogas;

- Instrumentalizar a EMSI para realização constante roda de conversas e grupos de apoio a usuários e familiares;
- Capacitar a EMSI para planejar e desenvolver estratégias focadas nos riscos e danos ao alcoolismo;
- Dialogar com a EMSI e comunidades indígenas sobre novos conceitos referentes ao enfrentamento das drogas;
- Criar uma agenda de trabalho voltada a temática do alcoolismo e uso de outras drogas incorporadas as atividades do dia a dia dos profissionais de saúde indígena;
- Articular serviços da rede de atenção psicossocial para apoiar projetos e ações de prevenção, redução de danos e recuperação da saúde de usuários problemas;
- Empoderar a EMSI e a comunidade para cobrar do poder público, a implantação de serviços de retaguarda nos municípios próximos dos territórios indígenas.

METODOLOGIA

Para elaboração desse projeto de intervenção primeiramente realizamos uma revisão bibliográfica, também analisamos informações repassadas pelas EMSI sobre uso problemático de álcool e outras drogas nas aldeias, bem como,

a realização de um levantamento junto aos AIS sobre a necessidade decorrente do uso de álcool e outras drogas na população indígena do DSEI-Pernambuco.

Os dados foram discutidos e priorizou-se os principais agravos e que estão correlacionados com os determinados de saúde dos quais o uso de álcool causam algum tipo de dano são eles: mortalidade infantil, gravidez precoce, altas taxas de mortes violentas, brigas na comunidade e aumento das doenças crônicas.

A proposta de intervenção destina-se aos profissionais e trabalhadores das EMSI, como isso busca-se reduzir os danos relacionados aos principais indicadores de saúde apontados acima, através de ações de prevenção e redução de danos como se propõe nos objetivos.

Na execução do projeto utilizaremos o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Segundo Artimann (2010) o método PES foi criado por Matus, autor chileno no período de 1970 e 1973 a partir de vivências como Ministro da Economia do Governo de Allende.

Além de vivências no mundo econômico o autor analisou outras experiências de planejamentos que não foram bem sucedidos cuja cabia questionamento sobre métodos mais eficazes em áreas específicas e desafiadoras como a economia.

A aplicabilidade deste método na saúde se dá associada às complexidades, fragmentações e incertezas que cercam processos sociais postos para atuar em determinados setores.

Considerando que trabalhar a redução de danos e danos ao alcoolismo e outras drogas são complexidades que perpassam a saúde apostamos na metodologia PES para estruturar ações voltadas ao tema necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em povos indígenas, pois além de instrumentalizar a equipe constrói caminhos coletivos para promover ações mais eficazes no campo da saúde pública.

Primeiro passo: identificação dos Problemas

A partir de dados fornecidos pela EMSI e do levantamento realizado com os AIS, os principais problemas identificados foram:

- Assim como em todas as sociedades o alcoolismo vem ganhando proporções cada vez maiores e as pessoas começam a fazerem uso cada vez mais cedo, atestado por 100% dos participantes.
- A maconha é a segunda droga mais consumida pelos jovens da comunidade, porém não foram apontados relatos de que esse tipo de droga apresente os mesmos prejuízos do álcool, porém estão associados a práticas de delitos como furtos e roubos.
- O uso de álcool está presente nas principais festas e comemorações das aldeias, já a maconha é usada em locais específicos.
- O uso de álcool tem elevado as notificações por violências principalmente agressões intra e extra familiar, além de influenciarem negativamente os indicadores de saúde pública como: mortalidade infantil aumento de doenças sexualmente transmissíveis e doenças crônicas.

Com a identificação dos principais problemas de saúde relacionados com o uso de álcool nas aldeias seguiremos para o próximo passo.

Segundo passo: elaboração do projeto de intervenção ao uso prejudicial de álcool em contextos indígenas

Após a identificação dos problemas, torna-se necessário o planejamento de intervenções que possibilitem a EMSI realizar ações de prevenção e redução de danos a partir da oferta de apoio aos mesmos como, por exemplo, a oferta de oficinas de capacitação para qualificar e instrumentalizar a equipe sobre as possibilidades e desafios no campo da intervenção, referentes ao uso danoso de álcool e outras drogas.

Neste passo propomos a elaboração à proposta de capacitação para EMSI, através de oficinas de capacitação, como isso será importante enfatizar a estratégia das ações dialogadas.

Terceiro passo: Análise e viabilidade do plano de intervenção

Para analisar a viabilidade do plano de intervenção, inicialmente identificamos as variáveis fundamentais:

- Quais são os atores que controlam os recursos da operação do plano;
- Quais recursos serão disponíveis
- Qual poder de convencimento os autores do projeto terão para convencer a instituição a financiar o plano de intervenção.

Em nosso caso analisaremos a viabilidade de comprar do plano de ações pela instituição gestora. Através da sensibilização dos atores responsáveis pelo recurso, neste caso o DSEI-PE.

Quarto passo: Etapas de execução do plano de intervenção

Dezembro de 2016 – Elaboração da proposta inicial

Janeiro/março de 2017 – Segunda etapa do projeto

Junho/julho de 2017 – Apresentação e finalização do projeto

Agosto 2017 – Execução do projeto de intervenção e conclusão

RESULTADOS ESPERADOS

O principal resultado a ser alcançado com este projeto de intervenção será a sensibilização da EMSI sobre a importância de promover ações de prevenção e redução de riscos e danos ao uso prejudicial de álcool e outras drogas nas aldeias.

A necessidade da intervenção toma como base os agravos de saúde relacionados com uso de álcool e outras drogas, conforme discutidos na introdução e na justificativa. A saúde física e mental do indivíduo sobre efeitos danosos de álcool sofre fortes impactos quando o sujeito perde o controle sobre o uso e o mal estar não é apenas na vida pessoal, mas também familiar e comunitário.

No DSEI Pernambuco quando analisados os indicadores de saúde percebemos que muitas das causas de morte evitáveis, principalmente óbitos infantis estão relacionados ao uso de álcool por pelo menos um dos genitores ou cuidadores.

Considerando que um bom programa de intervenção possa possibilitar a sensibilização das EMSI para que estes tenham um olhar mais cuidadoso para essa questão, principalmente no momento de realizar as consultas de pré-natal, durante o acompanhamento a saúde da criança e do adolescente, a saúde da mulher e a saúde do homem. Assim será possível identificar vulnerabilidades e agravos e antes de ocorrer danos orientarem possíveis possibilidades de prevenção.

A partir do conhecimento da problemática ficará mais fácil propor ações com foco nas mudanças de hábitos e de comportamento dos usuários de álcool nas aldeias. Com a realização do levantamento foi possível identificar quais variáveis negativas estão presentes na vida das pessoas que fazem uso de bebidas alcoólicas e perdem o controle sobre elas.

Percebe-se pelo levantamento sobre uso decorrente de álcool e outras drogas realizado com os AIS e pelos relatos trazidos pela equipe nas reuniões que discutiram a importância desse tipo para preparar melhor junto a EMSI que a causalidades tem um peso enorme na saúde pública, sendo assim o projeto pode reduzir até mesmo custo com a reabilitação da saúde e outros problemas causados pelos danos ao álcool.

Portanto, a ideia propõe maior empoderamento da EMSI para atuar no enfrentamento dos problemas que afetam a vida da comunidade tendo como

aliados a comunidade, como isso, aumentar a adesão dos dependentes de álcool e outras drogas a buscar os serviços de saúde para se tratarem, tendo o serviço de saúde como um espaço de acolhimentos aos indígenas que necessitem dos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início deste trabalho, durante a pesquisa bibliográfica não encontramos referência sobre intervenção ao uso de álcool e outras drogas em contextos indígenas.

Diante da dificuldade de instrumentos que subsidiem as equipe saúde e apoie a formação e capacitação destes para lidar com o tema álcool e drogas, apostamos num projeto de intervenção para sensibilizar profissionais de saúde indígena na perspectiva da prevenção e redução dos danos ao uso prejudicial de álcool e outras drogas nas aldeias.

Todavia, promover educação em saúde conforme preposto pela política de saúde indígena e investindo na mudança de hábitos e comportamento, para problemática do álcool as estratégias visam evitarem a adesão das pessoas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas, uma vez, que é um grande desafio a adesão dos usuários a serviços de saúde para tratamentos da dependência.

Diante do exposto propomos ampliar as ações sobre o tema nos 12 polos bases, tendo como protagonistas deste trabalho as equipes multidisciplinares de saúde indígena, dada a extrema importância deles, visto que eles estão presentes no dia a dia das comunidades.

O trabalho, também propõe melhorar o acesso dos indígenas a informações sobre prevenção, redução de danos e recuperação da saúde física e mental dos usuários crônicos. Sendo este um projeto de intervenção com objetivos de alcançar a eficácia das metodologias aplicada ao tema. Seu desenvolvimento se dará em ato, uma vez que os autores são profissionais de saúde da área técnica de saúde mental.

A aplicabilidade deste projeto dependerá principalmente do apoio do DSEI. É um projeto que não têm grandes demanda de investimentos orçamentários nem grandes estruturas físicas. Mas necessitará de apoio para que os autores possam se deslocar até os polos bases para realizar a atividades propostas.

Etapas iniciais já foram trabalhadas desde a construção do projeto foram realizadas algumas reuniões em polos bases para discutir a ideia do projeto e operacionalização de acordo com a metodologia proposta. Em tese todos acharam importante a realização de trabalhos que possibilite maior diálogo dos profissionais de saúde com comunidade sobre o uso prejudicial de álcool e outras drogas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCON, S. et. al. **Os tratados internacionais antidrogas e o Brasil; políticas, desafios e perspectivas.** In: ALARCON S, JORGE M,A,S, organizadores. Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. 16 a 43 p.
- ARTMANN, E. **O Planejamento Estratégico Situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial.** Cadernos da Oficina Social, Rio de Janeiro, v. 3, p. 98-118, 2000
- ATHIAS, R. & MACHADO, M; **A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(2):425-431, mar-abr, 2001.
- AURLIANO, A. L. P e MACHADO JR. E. V. **Alcoolismo no contexto indígena brasileiro . Revista de Antropologia.** Ano 4 - volume 5 – 2012 40 a 72 p. a
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas, **DSEI – Pernambuco Planos distritais 2012-2015.** Acesso <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/secretaria-sesa> em 29/12/2016
- CONTE, Marta. Et AL. **Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica** Boletim da Saúde / Porto Alegre / Volume 18 / Número 1 / Jan./Jun. 2004.
- FORTESKI , R e FARIA, J. G. **Estratégias de redução de danos: um exercício de equidade e cidadania na atenção a usuários de drogas** Rev. Saúde Pública. Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 78-91, abr./jun. 2013.
- FEFFERMANN, M.; FIGUEIREDO,R.; **Redução de Danos como Estratégia de Prevenção de Drogas entre Jovens** In: Boletim do Instituto de Saúde, nº 40, dezembro de 2006. São Paulo, Instituto de Saúde – SES.
- FORTESKI , R e FARIA, J. G. **Os tratados internacionais antidrogas e o Brasil; políticas, desafios e perspectivas.** In: ALARCON S, JORGE M,A,S, organizadores. Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. 16 a 43 p.b
- GOMES, P. M. A. A. **Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de rua em Fortaleza – CE.** Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza, 2013.
- MACIEL, SILVANA CARNEIRO; OLIVEIRA, RITA DE CÁSSIA CORDEIRO; MELO, JULIANA RÍZIA FÉLIX DE. **Alcoolismo em indígenas potiguara: representações sociais dos profissionais de saúde** Psicol. ciênc. prof; 32(1): 98-111, 2012.

MORERA, J. A. C; PADILHA. M, I, C, S; ZEFERINO.M,T. **Políticas e estratégias de redução de danos para usuários de drogas** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 29, n. 1, p. 76-85, jan./mar. 2015

SOUZA, MAXIMILIANO LOIOLA PONTE DE. **Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013. p.27-46. (Saúde dos povos indígenas)

REIS, I. F.; SILVA, J.L.L.; ANDRADE, M. **Utilização da política de redução de danos de álcool e outras drogas em saúde da família**. Informe-se em promoção da saúde, v.6, n.2.p.16-19, 2010.

ROOS, C. M. **Ações de redução de danos voltados para usuários de drogas: uma revisão integrativa**. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre- 2011.