



Guia de Apoio para a Intervenção
em Redução de Riscos e Minimização de Danos

DEPARTAMENTO DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE
NÚCLEO DE REDUÇÃO DE DANOS

Março de 2009

COORDENAÇÃO

Paula Vale de Andrade

AUTORIA

Ludmila Carapinha

Este documento foi revisto por diferentes intervenientes que têm desempenhado um papel fundamental nas suas áreas de actuação específicas, e que com os seus contributos inestimáveis em rigor e pertinência em muito enriqueceram este Guia:

- Elisabete Abreu

Responsável pela área da Redução de Riscos e Minimização de Danos na região Centro

- Emília Leitão

Directora Clínica da Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo

- Etelvina Luz

Enf.^a Especialista na Equipa de Tratamento de Sintra

- Filipe Machado*

Projecto In Loco, da Associação Pelo Prazer de Viver, Saúde, Cultura e Vida

- José Gonzalez

Coordenador da Equipa de Tratamento da Cedofeita

- Marília Costa*

Projecto SMACTE (Equipa de Rua), do Centro Social de Paramos

- Marta Pinto*

Projecto GiruGaia (Equipa de Rua), da APDES; Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

- Patrícia Veríssimo*

Projecto In Loco, da Associação Pelo Prazer de Viver, Saúde, Cultura e Vida

- Santos Silva

Subdelegado da Delegação Regional do Norte

- Susana Peixoto*

Projecto GiruGaia (Equipa de Rua), da APDES

- Vanessa Branco*

Projecto Arrimo (Equipa de Rua), da Cooperativa FILOS

* Colaboração no âmbito do Grupo R3 – Reduzir Riscos em Rede

ÍNDICE

PREÂMBULO, 1

PARTE I. REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS, 2

I. O LUGAR DA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS, 3

II. DEFINIÇÃO DO CONCEITO DE REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS, 5

III. PARADIGMA DA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS, 6

IV. ABRANGÊNCIA DA INTERVENÇÃO EM REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS, 8

V. RISCOS E DANOS NO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS, 10

VI. OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO EM RRMD, 27

VII. PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA INTERVENÇÃO, 28

PARTE II. TIPIFICAÇÃO DE RESPOSTAS DE REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS EM PORTUGAL, 39

I. PROGRAMA DE TROCA DE SERINGAS, 40

II. EQUIPAS DE RUA, 42

III. GABINETES DE APOIO PARA TOXICODEPENDENTES SEM ENQUADRAMENTO SÓCIO-FAMILIAR, 45

IV. PONTOS DE CONTACTO E DE INFORMAÇÃO, 46

V. PROGRAMAS DE SUBSTITUIÇÃO EM BAIXO LIMAR DE EXIGÊNCIA, 47

VI. CENTRO DE ACOLHIMENTO, 50

PARTE III. AS EQUIPAS, 51

AS EQUIPAS QUE INTERVÊM NO ÂMBITO DA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS, 52

PREÂMBULO

Este Guia de Apoio resulta de um primeiro documento orientador da intervenção em RRMD, em particular para as Equipas de Rua¹. Com o alargamento da intervenção surgiu a necessidade do alargamento do mesmo, numa lógica mais técnica e menos processual.

Assim, o Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos tem como objectivo fundamental proporcionar um enquadramento técnico sobre os princípios, objectivos, actividades e metodologias desta vertente de intervenção, dirigindo-se sobretudo às equipas de Redução de Riscos e Minimização de Danos.

Muito haveria para descrever e debater a propósito da intervenção nesta área, não sendo o intuito deste documento efectuar uma análise e debate exaustivos. Pretende-se assim apresentar um quadro com linhas gerais que sirva de ponto de partida para a pesquisa e aprofundamento de informação nesta área, motivo pelo qual se sugerem diversos *links* para maior pesquisa.

¹ Documento elaborado pelo Núcleo de Redução de Danos: Paula Vale de Andrade, Isabel Rodrigues, Susana Shirley, Sofia Pereira, Miguel Sampaio

PARTE I

REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

I. O LUGAR DA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

A Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) consiste num modelo próprio de intervenção face à problemática que se desenvolve em torno do consumo de substâncias psico-activas, com pressupostos, objectivos e metodologias específicas, que se configuram num corpo teórico-prático coerente e distinto de outras modalidades de intervenção, como sejam a prevenção, o tratamento ou a reinserção.

O consumo de substâncias psico-activas origina e reflecte fenómenos muito diferentes consoante a dinâmica que se gera a partir do cruzamento de aspectos como a substância, a pessoa, as redes sociais de apoio ou o enquadramento social, económico e político. Face a uma realidade que é complexa na sua expressão, na sua gravidade, nas suas causas e consequências, importa conceber uma miríade de modalidades de intervenção estratégicas para proporcionar a resposta adequada consoante a realidade específica de cada sub-problemática e de cada sub-população.

Neste sentido, importa, numa primeira linha, efectuar uma abordagem de prevenção da utilização de substâncias. Por outro lado, são por demais relevantes as respostas que se configuram no modelo do tratamento e que apoiam os indivíduos que pretendem abandonar o consumo de determinadas substâncias.

Segundo o enunciado de que, para além de alguns efeitos valorizados, podem também ocorrer efeitos lesivos associados ao consumo de substâncias psico-activas para o indivíduo e sociedade, importa apoiar este indivíduo no sentido de diminuir ou eliminar tais efeitos lesivos.

Este tipo de resposta, que se configura num modelo de RRMD, é assim pertinente para o indivíduo e sociedade, independentemente do tipo de relação do sujeito com a substância, na medida em que, desde a primeira experiência de consumo, é relevante o conhecimento das potenciais consequências deste.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a abordagem de RRMD como um conjunto de boas práticas no domínio da saúde pública, particularmente relevantes na prevenção do VIH/SIDA.

De facto, numa publicação dedicada aos cuidados de saúde primários da mesma organização são definidos como fundamentais os objectivos a este nível para os utilizadores de drogas (WHO, 2008):

- Promover a saúde dos utilizadores de drogas através de um pacote compreensivo de medidas de RRMD: trabalho de rua, intervenções de pares, informação, educação e comunicação, disponibilização de preservativos, de equipamento para injeção, acesso a um tratamento eficaz da dependência e disponibilização de substituição opiácea;
- Redução da morbidade e mortalidade entre os utilizadores de drogas através da identificação precoce e tratamento de infecções e outras patologias que podem estar associadas ao consumo;
- Disponibilização de tratamento e apoio aos utilizadores infectados com VIH.

A especificidade e pertinência da abordagem de RRMD são também reconhecidas na Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga (2005-2012). O resultado fundamental a atingir com esta Estratégia no domínio da redução da procura compreende a valência da redução de riscos e minimização de danos, quer enquanto resposta pertinente num sistema integrado de combate à droga, quer enquanto resultado a alcançar: redução mensurável dos riscos sociais e para a saúde, relacionados com o consumo de droga:

“Redução mensurável do consumo de droga, da toxicodependência e dos **riscos para a saúde e dos riscos sociais relacionados com a droga**, através do desenvolvimento e melhoria de um sistema global de redução da procura que seja eficaz e integrado, assente no conhecimento e que inclua a prevenção, a intervenção precoce, o tratamento, a **redução da nocividade** e medidas de reabilitação e reintegração social no seio dos Estados-Membros da UE. **As medidas de redução da procura de droga devem ter em conta os problemas para a saúde e os problemas sociais causados pelo consumo de substâncias psico-activas ilícitas e pelo policonsumo em associação com substâncias psico-activas lícitas, como o tabaco, o álcool e os medicamentos**” (Conselho Europeu, 2004, p. 10).

Constata-se pois que, nas directrizes da Estratégia Europeia de Luta Contra a Droga 2005-2012, em matéria de redução da procura, a tónica consiste em não só dar prioridade à prevenção das dependências e, em especial ao número de novos consumidores, mas também à diminuição dos efeitos negativos do consumo de substâncias psico-activas em geral.

Por seu turno, o Conselho Europeu, no âmbito da recomendação relativa à prevenção e redução dos efeitos nocivos da toxicodependência para a saúde, enfatiza a importância de a RRMD ser enquadrada enquanto objectivo de protecção de saúde pública, salientando em particular esta

abordagem como fundamental para a redução da incidência de doenças infecciosas (Conselho Europeu, 2003).

Neste sentido, “O IDT desenvolve uma estratégia integrada de combate à droga e à toxicodependência alicerçada na prevenção dos consumos, tratamento e redução de riscos e minimização de danos e reinserção social, assegurando de forma transversal o funcionamento do sistema nacional de informação sobre droga e toxicodependência, promovendo e estimulando a investigação do fenómeno, apoiando a formação dos profissionais que intervêm neste domínio, apoiando o funcionamento das comissões para a dissuasão da toxicodependência, assegurando a cooperação com entidades externas e estudando e propondo medidas legislativas e administrativas neste domínio, acompanhando a sua aplicação” (IDT, 2005, p.6).

Ver mais:

- Estratégia Europeia de Luta Contra a Droga (2005-2012)
<http://www.idt.pt/media/gri/estrategia UE.pdf> (30.10.2008)
 - Recomendação do Conselho de 18 de Junho de 2003 relativa à prevenção e redução dos efeitos nocivos da toxicodependência para a saúde
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:165:0031:0033:PT:PDF> (30.10.2008)
-

II. DEFINIÇÃO DO CONCEITO DE REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

O termo *Harm Reduction*, que traduzido literalmente significa redução de danos, quando passou a ser utilizado em França, definiu-se prioritariamente como *Réduction des Risques*, e os documentos e estudos suíços seguem a mesma terminologia. No entanto, os canadianos optaram pelo termo *Réduction des Dommages*, numa linha de conceptualização inglesa que se inclina mais para o conceito de dano. Em Espanha, optou-se maioritariamente pela tradução literal inglesa, utilizando o termo *Reducción de Daños* e, às vezes indistintamente, *Reducción del Daño y Riesgo* (Baulenas e col., 1998, p.16).

Parece transparecer, então, que os termos **redução de riscos**, no sentido da expressão inglesa *Risk Reduction*, e **minimização de danos/prejuízos**, com origem na expressão, também, inglesa *Harm Minimisation*, são habitualmente empregues de uma forma permutável, ou mesmo, em sentidos coincidentes.

Segundo Helge Waal, **redução de riscos** “é um conceito utilizado no contexto da medicina preventiva e curativa, bem como de outras esferas de acção sociais e biológicas,” mas também pode ser entendido como “um objectivo de política social e de organização comunitária, dado

consistir em diminuir os riscos de um eventual mal para a sociedade.” (Presidência de Conselho de Ministros: 2001, p.29).

No contexto específico da utilização de drogas, reduzir os riscos está habitualmente relacionado a “uma filosofia de acção educativa e sanitária sem juízo de valor prévio sobre uma determinada conduta.” (Baulenas, 1998, p.7-8).

Considera-se assim que, sendo o objectivo da **redução de riscos** “diminuir a prevalência e a incidência quer do consumo de drogas quer das doenças e prejuízos relacionados com o mesmo”, a sua acção é, fundamentalmente, pragmática e multidisciplinar. (Presidência de Conselho de Ministros, 2001, p.60).

Relativamente ao conceito de **redução de danos**, e “no contexto da prevenção e da terapia, refere-se às medidas que visam limitar ou prevenir os malefícios ligados ao consumo de droga, mais do que ao consumo em si mesmo.” (Presidência de Conselho de Ministros, 2001, p.29), “em que o objectivo é conseguir um nível global de efeitos nocivos o mais baixo possível.” (p.60).

Pode-se, então, dizer que “a redução de riscos para a saúde é sobretudo um conjunto de actividades para prevenir o aparecimento de sequelas, isto é, de danos provocados pelo consumo. Existindo os danos, haverá pelo menos que minimizá-los, prevenir o agravamento desses danos. Quando for desejado, aceite e possível, haverá que procurar tratá-los.” (Patrício, 2002, p.17).

Em suma, não sendo abordagens distintas nem iguais, ambas comportam, como é evidente, muitos elementos comuns, pelo que pela via do pragmatismo, se utiliza a expressão conjunta de **redução de riscos e minimização de danos**.

III. PARADIGMA DA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

O paradigma da Redução de Riscos e Minimização de Danos tem como pressupostos fundamentais o pragmatismo, o humanismo, a não imposição da abstinência e a proximidade.

Pragmatismo

Segundo este pressuposto, concebe-se que a utilização de substâncias com potencial de alterar estados mentais tem acompanhado a história da humanidade e continua a fazer parte da sociedade contemporânea. Reconhece-se que embora comporte riscos, o consumo de drogas acarreta também alguns benefícios na perspectiva de quem consome, aspecto que importa

assumir na compreensão da vivência do consumidor. Reconhecendo esta realidade, admite-se que importa criar abordagens complementares relativamente à dependência de substâncias, para além das dirigidas exclusivamente ao abandono do consumo (Hunt, 2003).

O princípio do pragmatismo constituiu parte integrante dos pressupostos da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga 1999-2004, com implicações na promoção de intervenções que minimizam os efeitos do consumo de drogas e salvaguardam a inclusão social, favorecendo a diminuição do risco de disseminação de doenças infecciosas e a redução de criminalidade por vezes associada à dependência de substâncias.

Abordagem humanista

Na esteira do princípio fundamental de que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, no paradigma da RRMD esta abordagem expressa-se pela assumpção e defesa dos direitos dos utilizadores de substâncias, designadamente os direitos relativos à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários.

Em particular, no âmbito da abordagem de RRMD considera-se ser de respeitar a decisão do utilizador de drogas em manter o seu consumo. Situando-se a intervenção a este nível, não cabe portanto aos técnicos expressar julgamentos morais acerca do comportamento de utilização de substâncias.

O princípio do humanismo foi consagrado na Estratégia Nacional de Luta contra a Droga 1999-2004, da qual decorre o Plano Nacional contra as Drogas e as Toxicodependências 2005-2012, reconhecendo-se a plena dignidade das pessoas, com conseqüentes implicações ao nível da adopção de intervenções que permitam preservar nos utilizadores de drogas a consciência da sua própria dignidade, que facilitem o acesso a programas de tratamento e que minimizem a sua marginalização e exclusão.

Também a Estratégia da União Europeia para as Drogas (2005 – 2012) enfatiza de novo a aplicação neste quadro dos valores do respeito pela dignidade humana, liberdade, democracia, igualdade, solidariedade, da lei e dos direitos humanos genericamente.

Abstinência

Muitos utilizadores de drogas não têm, numa determinada fase da sua vida, o objectivo da abstinência do consumo de substâncias, abandonando serviços que têm esta missão, outros não se dirigem a estes, nomeadamente porque consideram que a “oferta” realizada não coincide com os seus desejos ou necessidades.

Como sustentam E. Buning e G. Van Brussel, se um consumidor de drogas não consegue ou não quer renunciar ao consumo de drogas, deve ser ajudado a reduzir os danos que causa a si mesmo e aos outros (p.126).

De facto, um pilar fundamental da abordagem de RRMD reside em prevenir os danos associados ao consumo de drogas, em alternativa à prevenção do próprio consumo (Hunt, 2003).

Na RRMD, a ideia subjacente não é, pois, desistir da ideia de tratamento dos utilizadores de drogas, mas sim a de considerar as necessidades e prioridades de cada um, prescindindo da abstinência como objectivo imediato e necessário, de forma a assegurar um tipo de intervenção que visa reduzir os riscos e possíveis danos para o consumidor e outros.

Esta intervenção integra uma abordagem global à questão das drogas, juntamente com estratégias de prevenção, tratamento e de reinserção.

Ver mais

- Hunt, N. (2003). A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use.

<http://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html> (30.10.2008)

- Estratégia Nacional de Luta contra a Droga (1999-2004)

http://www.idt.pt/media/publicacoes_estrategia_nacional_luta_droga.pdf (30.10.2008)

- International Coalition on Alcohol and Harm Reduction

<http://www.g4q.nl/alcohol/startframeicahr.htm> (17.11.2008)

- International Harm reduction Association

www.ihra.net (17.11.2008)

IV. ABRANGÊNCIA DA INTERVENÇÃO EM REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

Esta abordagem foi inicialmente concebida para intervir junto de consumidores inacessíveis, para os quais o serviço de tratamento tradicional não estava disponível ou que, estando disponível, não estava acessível ou não era motivo de intenções. Pretendia-se chegar aos consumidores que não queriam ou não conseguiam deixar de consumir, fornecendo-lhes informações de redução de riscos e danos (Needle e col., 2005).

Desenhando um quadro genérico², dir-se-ia que tradicionalmente, a população alvo desta abordagem tem consistido nos consumidores de heroína e cocaína de longa data, particularmente marginalizados, fragilizados a nível social e da saúde, que não pretendem ou

² O desenho de um quadro genérico permite distinguir facilmente um tipo de população de outra mas apresenta a desvantagem de ser redutor, pelo que alertamos para a existência de uma realidade subjacente em termos de características e dinâmicas populacionais que é amplamente mais diversificada nas suas manifestações.

não conseguem abandonar o consumo e que não contactam os serviços da rede de apoio, nomeadamente serviços de tratamento da dependência.

No entanto, desde há alguns anos a esta parte, tem-se observado uma transformação na dinâmica das actividades nocturnas, nomeadamente no que diz respeito ao consumo de substâncias, sendo este mais alargado do que o clássico consumo de álcool e tabaco (Measham, citado por Bellis e Hughes, 2003).

A relação entre o *clubbing* e o consumo de substâncias tem sido sucessivamente demonstrada através do estudo dos padrões de consumo dos frequentadores destes espaços (Winstock, Griffiths e Stewart, 2001).

Assim, a expansão da popularidade do *clubbing* tem por sua vez estado associada ao incremento do consumo de drogas neste contexto, drogas como a cocaína, ecstasy e *cannabis*, em adição às já anteriormente consumidas, o álcool e o tabaco (Bellis e Hughes, 2003).

A expansão desta dinâmica de consumos, bem como a da própria diversidade de substâncias disponíveis, com uma população em muitos aspectos distinta da que classicamente havia sido alvo da intervenção em RRMD, mas simultaneamente de difícil acesso, colocou na ordem do dia a necessidade de identificar necessidades e estratégias específicas.

No domínio da RRMD, a nível mundial tem-se assistido a uma tendência da expansão do foco da intervenção nos opiáceos para uma intervenção relativa ao consumo de drogas estimulantes, a cocaína, as designadas “party drugs”, o tabaco e o álcool (Moskalewicz e col., 2007).

A expansão dos designados “consumos em contextos recreativos”, caracterizados por uma representação social positiva deste tipo de comportamento, aliada a uma baixa percepção do risco dos mesmos e uma grande diversidade e oferta de substâncias, traduzem-se na pertinência de actuação nesta realidade segundo uma abordagem de RRMD.

Assim, é necessária uma intervenção específica ao nível desta população, procurando-se investir numa abordagem de proximidade, informal, utilizando como agentes de intervenção privilegiados profissionais com formação adequada ao nível desta intervenção e ao nível dos efeitos secundários das drogas em geral, com particular incidência nas drogas mais utilizadas em contextos recreativos (álcool, *cannabis*, cocaína e drogas de desenho ou outras).

Será portanto necessário, adaptar as estratégias de intervenção a esta população, deslocando equipas técnicas aos espaços onde se realizam estes eventos de diversão para informar e apoiar, no local onde esta se encontra, enquadrando assim um efectivo trabalho de proximidade.

Patricia Erickson (1999) analisa globalmente a evolução da abordagem de RRMD segundo três fases: numa primeira fase, esta contemplou acções de saúde pública relativamente a substâncias ilícitas e disponibilização de metadona a heroinómanos. Num segunda fase, focalizou-se sobretudo na população de consumidores por via endovenosa e prevenção da transmissão do VIH/SIDA. A terceira fase contempla a actuação no domínio da saúde pública de uma forma integrada tanto ao nível do consumo de substâncias ilícitas como no consumo de substâncias lícitas.

Em suma, o modelo de RRMD aplica-se e é necessário para uma população heterogénea, seja em termos de faixas etárias, estilos e histórias de vida, contextos que oferecem o enquadramento para o consumo e diferentes substâncias consumidas.

V. RISCOS E DANOS NO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

A avaliação e intervenção de educação e motivação relativamente aos riscos no consumo de substâncias deve ser simultaneamente compreensiva e precisa.

Compreensiva porque os comportamentos de risco são desenvolvidos por uma pessoa, com características estruturais e funcionais particulares, com uma história de vida própria, com uma determinada rede de apoio, numa determinada comunidade e num determinado contexto económico, político e social.

Todos estes factores têm um papel na forma como o indivíduo conduz a sua vida e, em particular, na forma como lida com as substâncias e faz a gestão dos riscos.

Para além de violar pressupostos de natureza humanista, a realização de uma abordagem focalizada nos meros comportamentos é ainda tecnicamente ineficaz. De facto, a probabilidade de um indivíduo assumir um determinado comportamento de risco, bem como o impacto que este comportamento terá, dependem de um conjunto de variáveis a diferentes níveis. Estas variáveis determinam o nível de vulnerabilidade para os riscos e danos, ao nível do indivíduo, comunidade e sociedade.

Ezard (2001) propõe, no contexto da RRMD, uma definição de vulnerabilidade como “uma predisposição para o risco de ocorrência de danos associados ao consumo de substâncias. Esta

noção incorpora o quadro complexo de factores subjacentes que geram os resultados danosos do consumo de substâncias, enquanto limita as tentativas de modificar o padrão de consumo de forma a diminuir os danos a ele associados”. Os factores individuais são por sua vez influenciados por factores de ordem contextual.

A OMS utiliza também este conceito de vulnerabilidade a nível contextual, situando-o a dois níveis (WHO, 2005):

Micro-ambiente

- Normas sociais e comportamentais percebidas entre UDIs
- Natureza e estrutura das relações sociais entre UDIs
- Contextos físicos e sociais imediatos em que as drogas são consumidas
- Vizinhança próxima e contexto em que os UDIs vivem

Macro-ambiente

- Contextos públicos, políticos e legais na utilização de drogas e gestão de risco
- Desigualdades económicas, étnicas e de género
- Normas culturais e religiosas

Também na análise do grau de risco associado ao consumo de álcool importa considerar factores individuais e ambientais: história familiar, ocupação laboral, estilo de vida, condições económicas, entre outros. (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007).

Da mesma forma, para cada indivíduo existirão determinados factores de protecção que são facilitadores da adopção de comportamentos de auto-protecção. Assim, a abordagem de cada indivíduo com o intuito de efectuar uma educação acerca de comportamentos menos arriscados e uma intervenção para a mudança deve ser enquadrada por um conhecimento o mais aprofundado possível deste, nomeadamente no que reporta à identificação de factores de vulnerabilidade e de protecção.

Este aumento do conhecimento acerca do utilizador de drogas, deverá por sua vez ser enquadrado pelo estabelecimento de uma relação de confiança com este.

Por outro lado, importa que esta identificação dos comportamentos de risco seja rigorosa e precisa de forma a poderem ser definidos, em conjunto com o utente, os objectivos específicos em termos de alteração destes comportamentos.

Impactos diversos do consumo de substâncias

A análise dos riscos e danos decorrentes do consumo de substâncias deve ser realizada de forma compreensiva. Assim, embora aqui se especifiquem os comportamentos de risco directamente relacionados com o acto de consumo e os danos directamente associados, ao nível do indivíduo e para a sua saúde, é importante contextualizar aqui e também na acção no terreno, que estes se situam a múltiplos níveis (Newcombe, citado por Hunt ,2003):

Em esferas diferentes, ainda que interconexas,

- **nível económico** (custos de saúde associados ao tratamento de doenças infecciosas, ao tratamento da dependência, menor produtividade, maior implicação ao nível das prestações sociais, por exemplo)
- **nível social** (impacto na percepção de risco da comunidade envolvente, aumento da criminalidade, por exemplo)
- **nível da saúde** (maior probabilidade de contrair e transmitir doenças infecciosas, por exemplo).

Em níveis de abrangência diferentes:

- **nível individual** (implicações na saúde do indivíduo, desmantelamento da sua rede social, dificuldades económicas, por exemplo)
- **nível comunitário** (implicações na saúde pública, na percepção de risco da comunidade, no aumento da criminalidade a este nível).

Comportamentos de Risco no consumo de substâncias³

Os possíveis riscos no consumo de substâncias podem ser categorizados da seguinte forma:

a) Riscos relacionados com a substância

O facto de estar em causa o consumo de substâncias ilícitas, determina a impossibilidade de controlar a natureza destas. Dado que as substâncias ilícitas são comercializadas num mercado paralelo, sem controlo de qualidade relativamente aos potenciais danos no organismo, frequentemente estas merecem pouca confiança no que reporta à sua segurança, tendo em conta a possibilidade de (Hunt, 2003):

- **Contaminação** – resíduos do processo de produção ou outras substâncias contaminadoras que de forma não intencional são incorporadas durante o processo de produção ou distribuição e que podem causar envenenamento;

³ Ver ANEXO: Procedimentos para um consumo endovenoso com menos riscos / Procedimentos para um consumo fumado com menos riscos

- **Adulteração** – diluentes (agentes de corte) e outras substâncias deliberadamente adicionadas durante o fabrico ou distribuição, que podem resultar em envenenamento;
- **Erros de dosagem e pureza** – a incerteza acerca da pureza de substâncias ilícitas significa que a estimativa da dose é incerta (quanto à quantidade de substância activa), o que pode resultar numa overdose não intencional.

Por outro lado, diferentes substâncias apresentam diferentes níveis de risco, nomeadamente no que diz respeito ao seu potencial de dependência e à probabilidade de ocorrência de overdose.

b) Riscos relacionados com a dependência

A própria dependência de substâncias é um risco para a ocorrência de determinadas patologias, para além dos efeitos colaterais a nível social e económico. Assim, por exemplo,

- O consumo de cocaína, mesmo pela via snifada ou fumada representa um risco acrescido dado que a cocaína debilita o sistema imunitário (Office Fédéral de la Santé Publique, 2006).
- A dependência de substâncias e infecções associadas à injeção destas contribuem para o desenvolvimento de um estado físico frágil e uma menor imunidade, o que representa uma maior vulnerabilidade a infecções como a pneumonia ou a tuberculose (Hunt, 2003).
- Certas substâncias, como a cocaína e as anfetaminas, representam um risco acrescido de desenvolvimento de psicoses (Hunt, 2003).
- Por outro lado, a dependência de drogas representa um risco acrescido de se ser vítima de violência e de se encontrar numa situação de marginalidade. De facto, no que diz respeito à violência sexual, as mulheres enfrentam um risco ainda superior. Ciclicamente, a sujeição a situações de violência e marginalidade também proporcionam a dependência.
- A existência de zonas de tráfico e consumo numa comunidade tende a criar uma percepção de risco acrescido no domínio da segurança e das condições sanitárias (Hunt, 2003).
- A necessidade de reunir capital para a aquisição de substâncias para consumo pode por vezes conduzir à opção por acções ilícitas e consequentes problemas com a justiça.
- A dependência de álcool pode contribuir para o desenvolvimento de patologias a diversos níveis: fígado, foro mental, cancro, doenças cardio-vasculares, síndrome alcoólico fetal (Buning e col., 2003).

c) Riscos relacionados com o estado de intoxicação

O estado de intoxicação é caracterizado por uma alteração do estado de consciência, que pode ter consequências muito adversas, nomeadamente:

- O consumo de cocaína compromete a capacidade do indivíduo de avaliar os riscos das suas acções. O mesmo acontece com o consumo de álcool e outras substâncias sintéticas. Consequentemente, há uma maior probabilidade de, sob o efeito destas substâncias, os indivíduos não se protegerem⁴. A desinibição provocada pelo consumo destas substâncias e também o facto de haver indivíduos que as consomem com o propósito explícito de se sentirem mais eficazes na relação sexual, representa um factor de risco acrescido, uma vez associada à ausência de protecção. Assim, o consumo destas substâncias representa um factor de risco acrescido para a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (Office Fédéral de la Santé Publique, 2006).
- A intoxicação por substâncias está associada a uma maior probabilidade de ocorrência de acidentes e de envolvimento em situações de violência, com as devidas consequências associadas (Hunt, 2003).
- Os acidentes de viação associados a estados de intoxicação alcoólica são exemplos de consequências deste estado (Buning e col., 2003).

d) Riscos relacionados com o padrão de consumo

As substâncias seleccionadas, via de administração, frequência do consumo e combinação de substâncias representam níveis de risco diferentes, destacando-se o consumo endovenoso de substâncias como a heroína e cocaína, a elevada frequência de consumo e o policonsumo como os comportamentos de maior risco, seja para a ocorrência de overdoses seja para a propagação de doenças infecciosas (no caso da elevada frequência de consumo).

O policonsumo de drogas é realizado sobretudo para maximizar os efeitos, para equilibrar ou controlar efeitos negativos e para substituir os efeitos secundários desejados (EMCDDA, 2002).

Por exemplo, a associação do consumo de álcool ao de opiáceos e/ou de cannabis e/ou de outros sedativos, aumenta o efeito de sedação (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007). O Observatório Europeu aponta a combinação de uma grande dose de benzodiazepinas com uma grande dose de álcool ou de um opiáceo como a heroína ou metadona como potencialmente fatal (EMCDDA, 2002).

⁴ Sendo que os efeitos do consumo dependem da quantidade de substância consumida, das características do consumidor e do contexto em que esta é consumida

Por outro lado, a associação de cocaína a álcool pode produzir uma falsa sensação de sobriedade e de um melhor funcionamento motor, proporcionando a adopção de comportamentos para os quais o indivíduo não está preparado. Para além disso, proporciona um aumento do efeito de euforia, pressão arterial e frequência cardíaca. Da mesma forma, o álcool potencia os efeitos de euforia das anfetaminas, meta-anfetaminas e MDMA (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007).

A combinação de álcool e ecstasy comporta um elevado risco para a saúde uma vez que o álcool diminui a regulação térmica e aumenta a desidratação (EMCDDA, 2002). Note-se que no estudo realizado por Calafat e col. (1999), a combinação de álcool e ecstasy secunda a combinação mais frequente de substâncias (álcool e *cannabis*) em contextos recreativos.

A combinação de diversas substâncias estimulantes pode conduzir a uma hiperactividade do sistema simpático, que por sua vez pode resultar numa diminuição da regulação térmica e da função cardíaca (EMCDDA, 2002).

e) Partilha de material/utensílios para o consumo de substâncias

Situam-se a este nível os comportamentos de risco de partilha de material utilizado no consumo de substâncias psico-activas (o consumo endovenoso é a via que envolve um maior grau de risco mas a partilha de utensílios no âmbito de outras vias de administração também envolvem riscos de propagação) e a não utilização de protecção na relação sexual. Estes comportamentos representam um risco de transmissão de doenças infecciosas, com particular destaque as Hepatite B, C, VIH/SIDA e Sífilis. Para além do impacto na saúde do indivíduo, a propagação de doenças infecciosas é ainda uma problemática evidente no âmbito da saúde pública, com consequências a nível económico e social.

f) Técnicas de injeção inadequadas

As fracas condições de higiene aquando da injeção representam também um risco acrescido para o desenvolvimento de outras infecções, como as infecções bacterianas por exemplo. Por outro lado, a utilização de técnicas inadequadas na injeção de substâncias provoca lesões nas veias e nos tecidos circundantes (Hunt, 2003).

g) Riscos relacionados com condições de vida precárias, de insegurança, stress e necessidades básicas deficientemente supridas

Quando os utilizadores não têm acesso a condições de higiene básicas, ficam globalmente mais vulneráveis, e especificamente a realização do consumo neste tipo de circunstâncias acarreta um nível de risco muito superior de infecção. Da mesma forma, a inexistência de determinadas

condições de vida, como uma forma de abrigo, está associada a riscos superiores para a saúde globalmente, e, em particular, a uma maior dificuldade na organização pessoal, nomeadamente ao nível da gestão de riscos (o que tem impacto na saúde).

De referir ainda que as pessoas que se encontram em situação de maior marginalização são também as que têm maior dificuldade no acesso a serviços sociais e de saúde, sendo também as que estão mais sujeitas a situações de discriminação e violência.

h) Riscos relacionados com o estado de saúde do utilizador

Quanto mais debilitado o estado de saúde do utilizador, menor capacidade tem para responder aos efeitos das substâncias consumidas e maior é o risco de ocorrência de overdose.

Ver mais

- Vein Care Booklet (05.03.2009)

http://www.exchangesupplies.org/drug_information/campaigns/veincare/veincare/vcbooklettext02.html

- The Safer Injecting Handbook (05.03.2009)

http://www.exchangesupplies.org/drug_information/the_handbooks/the_safer_injecting_handbook/saferinjhbk/injectingintro.html

- Preventing overdose (05.03.2009)

http://www.exchangesupplies.org/drug_information/campaigns/campaignmaterials/odbooklettext.html

- Promoting hepatitis B immunisation: a briefing paper (05.03.2009)

http://www.exchangesupplies.org/drug_information/campaigns/campaignmaterials/b3brieftext.html

- Prevention of initiation to injecting: a briefing paper (05.03.2009)

http://www.exchangesupplies.org/drug_information/campaigns/campaignmaterials/btcbrieftext.html

Danos decorrentes dos comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias⁵

Analisando os danos ao nível da saúde, estes podem ser categorizados da seguinte forma:

- a) Infecções Virais, bacterianas ou outras
- b) Danos decorrentes de técnicas de injeção inadequadas
- c) Overdose
- d) Outras patologias

⁵ Fontes: Almendros e col. (2002); Harm Reduction Coalition (acedido a 24.11.2008); Blasco (s/ data); WHO (2008)

a) Infecções Virais, bacterianas ou outras

Estas podem ocorrer na sequência da utilização de técnicas de consumo inadequadas, particularmente no que reporta às condições de higiene, da partilha de material/utensílios para o consumo de substâncias ou devido à própria substância:

- utilização de água contaminada para dissolver a substância
- utilização de filtros/algodões contaminados para filtrar
- utilização de filtros de cigarros já utilizados para filtrar as substâncias
- utilização de tubo de fumar / *snifar* contaminado
- utilização de limão estragado
- partilha de recipiente contaminado
- devido à presença de substâncias estranhas a contaminarem a própria substância
- devido a não se desinfectar/limpar adequadamente a zona de injeção
- devido a não se lavar cuidadosamente as mãos com água e sabão antes de iniciar a preparação da dose, contaminando-se desta forma os utensílios/materiais utilizados e a própria zona de injeção

Excepcionalmente, o contágio pode ser proporcionado pela picada acidental com uma agulha usada. Por outro lado, a existência de lesões na pele, decorrentes da utilização de técnicas de injeção inadequadas, facilita a multiplicação dos microrganismos infecciosos.

De particular importância ainda é a possibilidade de transmissão de algumas infecções pela via sexual e de mãe para filho/a, sendo de destacar a potencial transmissão de VIH, VHB e, e em menor percentagem, de VHC).

Na sequência da inserção da substância contaminada no interior do organismo, a reacção deste tanto pode ser imediata e intensa como pode demorar dias ou semanas a revelar-se. Esta pode também ser mais localizada, como é o caso dos abscessos, ou mais generalizada, como é o caso da septicemia. Normalmente os sintomas de infecção são: dores de cabeça, febre, tremores, suores.

Aconselhamento genérico para a prevenção do desenvolvimento e transmissão de microrganismos infecciosos:

- Lavar sempre as mãos com água e sabão antes de iniciar a preparação da dose
- Utilizar o seu próprio equipamento, sempre novo para cada utilização
- Manter o equipamento em condições de higiene adequadas até à altura da preparação da dose e durante todo este procedimento
- Limpar a zona de injeção com um toalhete de álcool

- Na medida do possível, procurar adquirir substâncias em contextos em que se tenha um grau de confiança mais elevado relativamente à sua composição
- Nunca segurar equipamento de injeção utilizado por outra pessoa
- Nunca re-colocar a tampa de uma agulha usada por outra pessoa
- Recolocar sempre a tampa da agulha usada por si próprio
- Guardar as suas seringas e restantes utensílios num local seguro (o Programa de Troca de Seringas actualmente disponibiliza um tubo) e depois colocá-lo em contentor apropriado

No que reporta à via sexual de transmissão:

- Utilizar correcta e persistentemente o preservativo
- Fazer o rastreio, particularmente do VIH (válido também para o parceiro)
- Uma vez diagnosticada uma infecção, iniciar o seu tratamento o mais precocemente possível
- Ter uma boa higiene (válido também para o parceiro)

Podem ser apontados como exemplos de infecções passíveis de serem desenvolvidas neste contexto: a septicemia, endocardite, tétano, fascite necrosante, botulismo, hepatites e VIH/SIDA.

A Organização Mundial de Saúde propõe como informações chave sobre as Hepatites a disponibilizar aos utilizadores de drogas (WHO, 2008, p. 122-123):

- As Hepatites B e C são infecções virais graves que afectam o fígado
- Ambas são transmitidas através da partilha de equipamento de injeção
- A Hepatite B transmite-se também pela via sexual
- É importante o rastreio das Hepatite B e C
- Existe uma vacina para a Hepatite B que é altamente recomendável
- Pode ocorrer, e é comum entre utilizadores de drogas, a co-infecção de VIH, hepatite B e C⁶
- A Hepatite B revela-se como doença tanto a curto prazo como a longo prazo
- Há tratamento disponível para ambas as Hepatites
- A Hepatite C pode provocar problemas de saúde graves a longo prazo
- A Hepatite C é uma causa de doença nas pessoas com VIH
- As pessoas infectadas com Hepatite B ou C devem evitar o consumo de álcool
- As decisões relativas ao tratamento dependem de pessoa para pessoa
- O facto de estar infectado não significa que não possa ocorrer uma re-infecção

⁶ Segundo dados da OMS (2008), pelo menos 75% dos utilizadores de drogas por via injectável estiveram expostos ao vírus da hepatite B enquanto que a prevalência de infecção crónica pelo vírus da hepatite C em utilizadores de drogas seropositivos é superior a 90%.

Para além da partilha de equipamento para a injeção e da via sexual (no caso da Hepatite B), as Hepatites B e C podem ainda ser transmitidas pelas seguintes vias:

- Realização de tatuagens ou *piercings* com equipamento contaminado;
- Partilha de lâminas de barbear e de escovas de dentes (no caso da Hepatite B);
- Transmissão de mãe para filho

Ver mais

(02/01/2009)

- Septicemia

http://search.who.int/search?q=septicemia&btnG=Search&entqr=0&output=xml_no_dtd&sort=date%3AD%3A%3Ad1&Search=Search&ie=utf8&client=WHO&ud=1&site=default_collection&oe=UTF-8&proxystylesheet=WHO

- Endocardite

http://search.who.int/search?q=endocarditis&entqr=0&sort=date%3AD%3A%3Ad1&output=xml_no_dtd&Search=Search&ie=utf8&client=WHO&ud=1&site=default_collection&oe=UTF-8&proxystylesheet=WHO

- Tétano

http://search.who.int/search?q=tetanus&entqr=0&sort=date%3AD%3A%3Ad1&output=xml_no_dtd&Search=Search&ie=utf8&client=WHO&ud=1&site=default_collection&oe=UTF-8&proxystylesheet=WHO

- Fascite Necrosante

http://search.who.int/search?ie=utf8&site=default_collection&client=WHO&proxystylesheet=WHO&output=xml_no_dtd&oe=utf8&q=fascitis&Search=Search

- Botulismo

http://search.who.int/search?q=botulism&entqr=0&output=xml_no_dtd&sort=date%3AD%3A%3Ad1&Search=Search&ie=utf8&client=WHO&ud=1&site=default_collection&oe=UTF-8&proxystylesheet=WHO

- Hepatites

<http://www.who.int/topics/hepatitis/en/>

- VIH/SIDA

http://search.who.int/search?q=hiv&btnG=Search&entqr=0&sort=date%3AD%3A%3Ad1&output=xml_no_dtd&Search=Search&ie=utf8&client=WHO&ud=1&site=default_collection&oe=UTF-8&proxystylesheet=WHO

b) Danos relacionados com a técnica de injeção

Cicatrizes e formação de hematomas

Quando se utiliza frequentemente as mesmas veias (sem alternar e dar tempo para a veia utilizada sarar), tendem a formar-se cicatrizes nos pontos repetidamente utilizados para injeção.

Os hematomas ocorrem quando algum sangue passa da veia para a superfície subcutânea adjacente aquando da injeção.

Em ambos os casos, há maior probabilidade de se fazerem feridas e hematomas se se utilizar uma seringa que já não seja nova ou que seja grossa demais.

Aconselhamento genérico para a prevenção destas duas situações:

- Utilizar uma seringa nova em cada injeção
- A utilização de agulhas que não estão em bom estado irá causar trauma nas veias e tecido em redor, para além de causar uma ferida maior na zona de punção e aumentar a hemorragia
- Utilizar uma seringa com agulha muito fina. Quanto mais fina for a agulha mais pequena é a ferida resultante da injeção
- Variar nos locais de injeção para possibilitar a recuperação do local utilizado
- Injectar sempre na direcção do coração
- Utilizar um garrote maleável, macio e fácil de desatar, colocando-o antes de injectar e desatando logo a seguir à inserção da agulha na veia
- Pressionar a zona de punção depois de injectar

Formação de edema e inflamação

Pode ocorrer a formação de um edema se não se acertar na veia e se injectar na derme. Nestes casos pode ainda ocorrer uma reacção alérgica (urticária).

Aconselhamento genérico para a prevenção destas situações:

- Dar particular atenção aos procedimentos de injeção de forma a acertar na veia.

Colapso das Veias e formação de trombos

A veia colapsa quando já não se consegue retirar sangue nenhum da mesma ou quando não se consegue sequer detectá-la. Esta situação ocorre devido (a) à utilização repetida do mesmo local de injeção; (b) a infecções repetidas ou traumas nas veias e tecidos em redor; (c) à utilização de substâncias particularmente irritantes ou; (d) à utilização de uma agulha deteriorada.

Um trombo consiste numa formação sólida (coágulo) no interior de um vaso sanguíneo, causando a sua obstrução.

Perante a convicção de que uma veia tem um coágulo sanguíneo, esta não deve ser utilizada, pois corre-se o risco de provocar a libertação do mesmo e de este se alojar nos pulmões ou noutras partes do corpo, com consequências muito graves.

Aconselhamento genérico para a prevenção destas situações:

- utilizar preferencialmente veias de maior diâmetro
- limpar bem a zona antes da injeção e pressionar por pelo menos 30 segundos depois de injectar
- alternar os locais de injeção

- injectar sempre na direcção do coração
- Inserir a agulha segundo um ângulo de 15º a 45º com o bisel virado para cima
- tomar oralmente vitamina C ajuda as veias a regenerarem, reduzindo a hemorragia e a formação de feridas.

Lesões nas artérias

Podem ocorrer quando por lapso a injeção é feita na artéria. A injeção na artéria pode resultar numa hemorragia séria. Podem ainda ocorrer espasmos vasculares, que impedem a irrigação sanguínea em determinados tecidos, podendo provocar a destruição destes. Esta situação pode ainda complicar-se mais em caso de infecção.

Aconselhamento genérico para a prevenção destas situações:

- Ter particular atenção aos procedimentos de injeção para não atingir uma artéria
- No caso de atingir uma artéria deve-se pressionar a zona de punção durante pelo menos 15 minutos

Flebite

É uma infecção na própria veia (que afecta com mais frequência as veias das pernas), quase sempre acompanhada de abscesso. Provoca um endurecimento desta (com a aparência de cordão endurecido), acompanhado de dor, calor local, traduzindo um processo inflamatório, tornando-a inutilizável para injectar durante algum tempo, podendo também causar dificuldades na circulação, nomeadamente através da formação de trombos (sendo neste caso uma tromboflebite).

Os factores de risco para a ocorrência desta patologia são: condições de higiene insuficientes na injeção, injeção de comprimidos, injeção frequente e nos mesmos locais, realização de injeção intramuscular, injeção de *cocktails* de drogas.

Aconselhamento genérico para a prevenção destas situações:

- Manter a pele limpa e lavar sempre as mãos quando inicia os procedimentos para a injeção
- Utilizar sempre equipamento limpo
- Reduzir a frequência da injeção
- Não utilizar a veia que apresente sinais de inflamação

Abcessos

São uma infecção localizada na pele, geralmente de natureza bacteriana, cuja aparência é inicialmente de uma vermelhidão e inchaço na zona de injeção, desenvolvendo-se uma infecção com pus, com um centro esbranquiçado, devido a uma reacção fibrosa e inflamatória.

Estes resultam de:

- Injeção no tecido em redor da veia e não na própria veia
- Injeção de uma substância com partículas (insuficientemente filtrada)
- Ausência de limpeza adequada da zona de injeção antes de injectar
- Utilização de equipamento de injeção sujo
- Injeção subcutânea de substâncias como a cocaína e os *speeds*, comprimidos e supositórios que danificam o tecido muscular e a pele

Aconselhamento genérico para prevenir esta situação:

- Lavar sempre as mãos com água e sabão antes de iniciar a preparação da dose para injectar
- Utilizar o seu próprio equipamento, sempre novo para cada utilização
- Manter o equipamento em condições de higiene adequadas até à altura da preparação da dose e durante todo este procedimento
- Limpar a zona de injeção com um toalhete de álcool
- Não injectar comprimidos
- Usar um bom filtro
- Usar garrote e dar pequenas palmadas na zona da veia para esta ficar bem visível
- Inserir a agulha na veia segundo um ângulo de 15º a 45º puxando ligeiramente o êmbolo da seringa para confirmar que a agulha está efectivamente inserida numa veia
- Não fazer injeção subcutânea de cocaína ou *speed*.

Embolia

Está em causa a formação de uma massa intravascular sólida (impurezas por exemplo), líquida ou gasosa (ar) que bloqueia o vaso sanguíneo e que ao se destacar circula pelos vasos sanguíneos, podendo fazer um bloqueio em zonas muito perigosas (pulmões por exemplo).

Aconselhamento genérico para prevenir esta situação:

- Não injectar comprimidos
- Usar um bom filtro
- Retirar todo o ar que eventualmente esteja dentro da seringa antes de e depois de a encher com a substância. A forma de determinar que sai todo o ar consiste em fazer sair uma pequena gota (que não se deve retirar com a boca)

c) Overdose

A overdose sucede na sequência da entrada no organismo de uma quantidade demasiado elevada de uma substância psico-activa, num período de tempo curto, não permitindo ao organismo adaptar-se convenientemente às mudanças causadas. As consequências podem ser fatais e dependem da substância ou substâncias ingeridas.

No caso das substâncias depressoras do SNC, os sintomas de uma overdose são:

- compromisso cardio-respiratório: diminuição da função respiratória até à paragem, levando a paragem cardíaca.
- diminuição do nível de consciência, podendo ir desde a sonolência, obnubilação, estupor ao coma.
- o reflexo pupilar fica alterado, com uma contracção das pupilas (miose pupilar)

Quando os lábios assumem uma coloração azulada há um período de cerca de 4 minutos até a pessoa entrar em coma.

No caso das substâncias estimulantes do SNC, os sintomas de uma overdose são:

- ataque cardíaco,
- colapso por exaustão, AVC
- a pessoa pode ficar de tal forma desorientada que tem comportamentos que põem a vida em risco
- alteração do reflexo pupilar, com uma dilatação das pupilas (midríase bilateral)

A overdose pode ocorrer na sequência de:

- Sendo substâncias ilegais, não há controlo de qualidade sobre as drogas consumidas, pelo que é impossível saber exactamente o nível de concentração destas, isto é, podem ter uma maior ou menor quantidade de substância activa. Assim, desconhecendo o nível de concentração exacto da substância, o utilizador pode preparar uma dose superior ao seu nível de tolerância.
- Frequentemente as drogas são cortadas com outras substâncias no sentido de aumentar o seu volume, que podem ser muito perigosas e imprevisíveis.
- A toma sucessiva da mesma substância pode não possibilitar ao organismo a adaptação à acumulação do efeito, provocando uma overdose.
- Quando se permite que seja outra pessoa a preparar a dose, corre-se o risco de esta não ser a quantidade adequada para o seu nível de tolerância.

- Devido à diminuição do nível de tolerância do organismo após um período de desabituação, pode ocorrer uma overdose se tomada a mesma quantidade que anteriormente.
- A combinação de várias substâncias gera um efeito combinado de maior intensidade do que se consumir apenas uma.
- Determinadas mudanças no estado de saúde podem propiciar uma overdose se se consumir a mesma dosagem: por exemplo, se se diminuir o peso ou se o fígado ou os rins não estiverem a funcionar bem, a substância tem um efeito mais intenso. Também se a pessoa estiver presentemente ou tiver estado doente recentemente, o organismo não tem a mesma capacidade de reacção do que se estiver saudável.
- Utilizar drogas sozinho ou com uma pessoa em quem não se tem confiança é muito perigoso na medida em que no caso de início de overdose se diminui a probabilidade de obtenção de ajuda.

Aconselhamento genérico para prevenção da ocorrência de overdoses:

- sempre que se desconhece o nível de concentração da substância (o que acontece sempre que se compra de um novo traficante ou de um novo lote), deve-se fazer uma primeira injeção de teste, com menor quantidade ou então fumar primeiro
- procurar não variar muito na pessoa a que se compra a substância, se se tem um grau mínimo de confiança nesta para evitar adquirir sem conhecimento substâncias que podem estar cortadas com outras mais perigosas
- dar tempo para sentir os efeitos de uma substância antes de tomar outra
- preparar a sua própria dose
- Havendo consumo após um processo de desabituação, diminuir a quantidade de substância pois o nível de tolerância é inferior
- não combinar diferentes substâncias
- em situações de saúde debilitada e/ou grande perda de peso, se houver consumo, diminuir a dosagem. Por outro lado, adoptar, dentro do possível, alguns cuidados elementares para preservar a saúde: beber água, alimentar-se regularmente, dormir, entre outros
- Nunca consumir substâncias psico-activas sozinho

Alguns utilizadores têm algumas crenças erradas sobre procedimentos a implementar em caso de overdose. Estas crenças devem ser desmistificadas:

- Não injectar água salgada (vulgarmente conhecido como “chuto de sal”, tem um efeito de reanimação, mas com efeitos perigosos)
- Não injectar cocaína ou *speed* numa pessoa que esteja a ter uma overdose com heroína e vice-versa

- Não pôr a pessoa debaixo de água fria pois isso poderá fazer com que entre em choque ou se afogue

d) Outras patologias

Perturbações Respiratórias

Sendo bastante comuns no contexto do consumo de drogas, os principais factores de risco para a sua ocorrência são:

- Consumo de tabaco
- Sistema imunitário comprometido devido à má nutrição e/ou a patologias como o VIH/SIDA
- Inalar e *snifar* drogas

Perturbações Psiquiátricas

A comorbilidade psiquiátrica é relativamente frequente entre utilizadores de drogas sendo as perturbações mais comuns a depressão, perturbações de ansiedade, perturbação bipolar, esquizofrenia e perturbações da personalidade. É de referir ainda a existência de perturbações directamente associadas ao consumo de substâncias, como é o caso da síndrome de abstinência, das alterações de humor e da psicose induzida pelo consumo.

No que concerne à dependência de álcool a possibilidade de desenvolvimento de patologias como (Australian Institute of Health and Welfare, 2004; Buning e col., 2003; Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007):

- Cirrose
- Perturbações do sistema digestivo como as inflamações no esófago, úlceras gástricas, pancreatite, diabetes
- Deficiências nutritivas: resultam da sensação de saciedade decorrente do consumo de álcool e menor ingestão de outros alimentos, associada a uma menor capacidade de absorção do sistema digestivo
- Perturbações no sistema circulatório: o consumo excessivo de álcool está associado a uma maior probabilidade de aumento da pressão arterial
- Perturbações no sistema endócrino: o consumo excessivo de álcool pode causar uma série de desordens como a produção anormal de testosterona, danos ao nível dos espermatozóides e ovários. Podem ocorrer também efeitos ao nível das glândulas supra-renais e da tiróide
- Disfunções de natureza sexual
- Perturbações no sistema imunológico: o consumo prolongado de álcool debilita o sistema imunitário, tornando o organismo mais susceptível a infecções

- Perturbações do foro mental: No caso das dependências mais graves de álcool podem ocorrer perturbações como o *delirium tremens*, perturbações delirantes e paranóides, síndrome de Korsakoff
- Perturbações hematológicas: alterações nos eritrócitos, leucócitos e plaquetas

Ver mais

<http://www.flebite.med.br/>(20/08/2008)

http://estudmed.com.sapo.pt/patologia/embolias_1.htm (20/08/2008)

- Buning, E. e col. (2003). Alcohol and harm reduction – an innovative approach for countries in transition.

<http://www.q4q.nl/alcohol/book.pdf> (17/11/2008)

- Australian Institute of Health and Welfare (2004). A guide to Australian alcohol data.

<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/gaad/gaad.pdf> (19/11/2008)

- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007). Informe sobre alcohol

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf> (19/11/2008)

WHO (2008). Management of Common Health Problems of Drug Users.

http://www.searo.who.int/LinkFiles/HIV-AIDS_Primary_care_guidelines.pdf (02.01.2009)

Nos contextos recreativos, sobretudo em contextos fechados, os riscos para a saúde decorrentes da intoxicação pelo consumo de substâncias devem ser analisados em relação com os riscos que são inerentes ao próprio *setting*. Bellis e Hughes (2003) propõem uma categorização de riscos/danos que tem em consideração esta dialéctica:

- desidratação e hipertermia (alterações na termoregulação devido ao consumo de ecstasy, consumo de álcool, de dançar intensamente e por longos períodos de tempo, particularmente enfatizadas em espaços lotados, com pobre arejamento e dificuldades no acesso a água);
- fogo (emprego de efeitos especiais perigosos, telas de material inflamável, por sua vez a intoxicação conduz a desorientação no caso de ser necessário abandonar o espaço rapidamente);
- danos na audição (os níveis de ruído podem exceder os 120 decibéis);
- acidentes de viação (conduzir sobre a influência de álcool e/ou outras substâncias psico-activas aumenta o risco de acidentes de viação; por outro lado, os próprios peões, quando sob o efeito destas substâncias, tendem a ser menos cuidadosos);
- outros acidentes (desorientação devido ao consumo de drogas, iluminação insuficiente, calçado inadequado, queimaduras de cigarros);
- violência (o consumo de álcool e/ou outras drogas aumenta a agressividade).

Ver mais

- WHO (2005). Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users.
http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/policyprogrammingguide.pdf (30.10.2008)
 - Alcohol and Drug Addiction Service (2002). Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities.
http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1999/drug/fp_drug_2001_frep_05_en.pdf (30.10.2008)
 - Office Fédéral de la Santé Publique (2004). Drogues de Synthèse.
<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00627/01170/index.html?lang=fr> (02.01.2009)
 - IREFREA
<http://www.irefrea.org/>
-

VI. OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO EM RRMD

O principal objectivo da intervenção no domínio da RRMD consiste em contactar uma população que consome substâncias psico-activas e não se dirige aos serviços de apoio, com o intuito de a informar e motivar para a mudança no que reporta ao seu padrão de consumo de substâncias e riscos/danos associados e ao desenvolvimento de acções com vista à estruturação de um projecto de vida de maior saúde e integração social.

Recorrendo, nomeadamente, às sugestões de Blasco (s/data) e da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008), as principais linhas de actuação podem ser descritas nos seguintes pontos:

1. Procurar um conhecimento mais próximo das realidades onde ocorre o consumo de substâncias, das suas características e dinâmicas
2. Determinar as necessidades (também as expectativas, os desejos, as prioridades) de carácter psicológico, sanitário, social e de informação desta população, com o objectivo de determinar as intervenções a realizar;
3. Detectar precocemente consumidores de substâncias que ainda não foram contactados;
4. Contactar com consumidores de substâncias que não solicitam ajuda, disponibilizando informação e condições para um consumo com menos riscos, com particular urgência para os que se encontram em situações de emergência psicológica, física e/ou social;
5. Facilitar o acesso destes à rede assistencial de apoio, tanto a nível social como da saúde (cuidados primários e diferenciados), actuando como mediadores entre os utilizadores e a rede de apoio, designadamente por meio do trabalho de motivação e encaminhamento com os utilizadores, bem como através da abordagem aos serviços da rede, desconstruindo crenças, prestando informação, gerindo expectativas
6. Avaliar os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias
7. Avaliar os comportamentos de risco a nível sexual
8. Aconselhar e sensibilizar para a adopção de comportamentos de menor risco

9. Disponibilizar material para a diminuição de comportamentos de risco, prevenção e/ou diminuição dos danos: preservativos, utensílios para o consumo de substâncias
10. Aceder a um melhor conhecimento deste tipo de populações ocultas, tanto na sua vertente científica como para intervenção terapêutica.

Por sua vez, os principais objectivos com vista à melhoria da qualidade de vida dos utilizadores são:

1. Reduzir os riscos decorrentes do consumo de drogas, tanto os que são consequência do consumo crónico, como das condições e circunstâncias em que decorre;
2. Diminuir as possíveis barreiras no acesso a serviços sócio-sanitários e propiciar que possam aceder a estes o maior número de consumidores;
3. Favorecer medidas que evitem a marginalização social e sanitária de pessoas com problemas de consumo de drogas;
4. Minimizar danos nos utilizadores de drogas;
5. Actuar junto de actores-chave da comunidade onde ocorre a utilização de drogas (podem ser considerados diversos âmbitos geográficos, com objectivos distintos: o bairro, a rua, a cidade, a discoteca, o festival, o país) com vista nomeadamente à promoção dos direitos dos utilizadores ou a um melhor conhecimento acerca do consumo de substâncias.

VII. PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA INTERVENÇÃO

Abordagem holística

O aconselhamento para um consumo de substâncias psico-activas com menos riscos tem um impacto maior na vida do utilizadores de drogas mediante o grau de conhecimento que o técnico tem acerca deste e do meio em que se insere, bem como mediante a qualidade da relação que consegue estabelecer com o utilizador de drogas.

Tal situação resulta do facto de que as atitudes e comportamentos de maior ou menor risco do utilizador de drogas não resultam apenas do grau e qualidade da informação de que dispõe, mas também de outros factores mais ou menos imediatos, de ordem intra e interpessoal. Sucede pois que, não basta transmitir informação para produzir uma determinada mudança no padrão de comportamentos de risco.

Há portanto um conjunto de factores que configuram no indivíduo uma maior vulnerabilidade, isto é, uma maior tendência para assumirem determinados comportamentos de risco e para sofrerem danos mais extensos.

São exemplos de factores de vulnerabilidade a nível individual, as crenças relativamente ao futuro, a percepção de auto-eficácia, o nível de auto-estima, as competências de auto-controlo, as competências de resolução de problemas e os estilos de *coping*.

Ezard (2001) cita um estudo de Strathdee realizado em 1997, no qual demonstra a relação entre determinadas experiências de vida por um lado, e práticas de injeção inseguras por outro, demonstrando desta forma como a história pessoal é um factor de influência nos processos de decisão quotidianos.

A nível comunitário, refere como o nível de coesão e a percepção colectiva de eficácia de uma comunidade são factores mediadores dos danos associados ao consumo de substâncias.

A um nível mais macro, da sociedade, constata-se por exemplo como existe uma grande proporção de pessoas que assumem comportamentos de risco, que são de grupos marginalizados.

Por outro lado, Mateu-Gelabert e col. (2007) demonstram como o facto de existir um grupo de consumidores que utiliza a via endovenosa que não contrai o vírus da hepatite C não é meramente o resultado do acaso mas consequência do esforço desenvolvido proactivamente pelos utilizadores para se manterem saudáveis. Num estudo preliminar, identificaram alguns factores de ordem contextual que facilitam a adopção de práticas seguras: apoio social, disponibilidade de seringas, fonte de rendimento estável, por exemplo.

Roy e col. (2007) demonstram por sua vez a relação entre o contexto eco-social em que os utilizadores estão inseridos e as suas crenças individuais e, conseqüentemente, nos comportamentos de risco ou de protecção assumidos. Neste estudo, os consumidores que vivem absorvidos na vida de rua (grupo designado por “experiência total”) e por um consumo intenso, em que a maioria dos utilizadores por via endovenosa estão infectados pelo VHC mas são assintomáticos, estar infectado é considerado trivial. Comparativamente com as ameaças mais actuais, estar infectado e as conseqüências futuras são preocupações menores. Assim, não fazem mudanças significativas no seu estilo de vida. Por outro lado, o grupo que vive uma “experiência controlada”, que mantém relações com a sociedade normativa, preserva alguma estabilidade na sua vida e controla o consumo, desenvolve esforços para não ser infectado, nomeadamente não partilhando material.

Em síntese, como tem sido sucessivamente demonstrado, há variáveis de ordem individual e contextual que são mediadoras das mudanças de crenças, atitudes e comportamentos relativos ao consumo de substâncias e que importa ter em consideração

na definição da melhor estratégia de actuação com cada utilizador de drogas com vista a sensibilizá-lo para a eliminação de comportamentos de risco e adopção de comportamentos de protecção.

Desta forma, a intervenção para a mudança não se deve focalizar apenas nos estritos comportamentos relativos ao consumo, uma vez que há um conjunto de outros factores que são condicionadores destes, para além de factores que potenciam a ocorrência de maiores danos. São exemplos desta situação o estado de saúde do utilizadores de drogas e o seu estilo de vida. O foco da intervenção deve portanto ser mais abrangente.

O estabelecimento de uma relação de confiança tem aqui um papel fundamental, seja pelo que implica em termos de aumento de conhecimento acerca do utilizador de drogas, seja pelas condições que cria em termos da motivação do mesmo para a mudança.

Mediante o conhecimento deste, importa definir em parceria objectivos a curto e médio prazo. A definição destes objectivos deve ser muito específica e feita de forma gradual, isto é, só se define o passo seguinte uma vez cumprido o objectivo actual. Para que este seja atingido, é importante trabalhar com o utilizador de drogas as condições necessárias para o mesmo.

É portanto possível identificar alguns factores que contribuem para uma intervenção com maior qualidade e com uma maior probabilidade de sucesso. Descrevem-se em seguida alguns destes factores.

Abordagem de proximidade

Efectivamente, a necessidade de intervenção, no âmbito das políticas de RRMD, junto de populações específicas de consumidores de substâncias psicoactivas que não estão a ser efectivamente abrangidos pelos serviços convencionais, bem como a necessidade de realizar intervenções específicas no domínio da promoção de saúde pública, tem exigido um esforço de valorização, de aperfeiçoamento contínuo e de alargamento de um modelo de intervenção de proximidade.

Pressupondo que qualquer aplicação prática precisa de uma adaptação a cada contexto concreto, a metodologia de base da intervenção deve assentar numa observação participante e no estabelecimento de uma relação de confiança e de empatia com os indivíduos, isto é, na presença directa e continuada dos técnicos em locais chave de frequência destes (zona de tráfico/consumo, zona de angariação de dinheiro, festival, discoteca), pois só assim pode ser possível:

- (i) explorar a informação e o conhecimento da realidade local com vista à construção de estruturas de fácil acesso que permitam a flexibilidade de respostas e que favoreçam um *feedback* positivo entre os serviços e os indivíduos;
- (ii) favorecer o espaço para conversas informais de forma a intensificar o relacionamento com os indivíduos, facilitando o diagnóstico e a avaliação da problemática social existente no local no âmbito da utilização de drogas;
- (iii) conhecer o contexto sócio-espacial, com as representações e práticas do quotidiano que caracterizam a vulnerabilidade e especificidades dos indivíduos; e
- (iv) conhecer os modos de apropriação dos espaços locais pelos indivíduos / grupos ((des)estruturação do espaço), de forma a compreender os modos e tempos das práticas de consumo, bem como as actividades relacionadas com a angariação de recursos (mendicidade, venda de drogas ilícitas, venda ambulante, prostituição, etc.).

Gradualismo

“A **redução de danos** não é contra a abstinência. Os efeitos prejudiciais do uso de drogas de risco ou da actividade sexual desprotegida podem ser colocados em um *continuum* (...). A abstinência é incluída como ponto final ao longo de um *continuum*, que varia de consequências excessivamente prejudiciais a consequências menos prejudiciais.” (Marlatt, 1999, p. 47).

A mudança é regra geral um processo com várias etapas, com avanços e recuos. Um dos serviços que os profissionais de RRMD podem propiciar aos utilizadores a este nível tem que ver com o acompanhamento e orientação nesta mudança, que se processa genericamente com maior eficácia se se realizar uma avaliação rigorosa (que pode em si ser considerada uma intervenção na medida em que promove o auto-conhecimento) e se se definir em cada etapa objectivos precisos e realistas, facilitando desta forma a definição de estratégias específicas que sejam concretizáveis, o compromisso para com estas e com o objectivo especificamente, o sucesso em cada etapa, e favorecendo melhores expectativas de auto-eficácia.

Autonomia

Importa salvaguardar os interesses, motivações e prioridades do utilizador. Trata-se de uma questão ética (está em causa a liberdade de escolha e a dignidade da pessoa) e técnica (as pessoas mudam apenas o que querem mudar). Como tal, a definição de objectivos deverá ser realizada em conjunto.

De acordo com David Abrams e David Lewis, “perceber os indivíduos como responsáveis pelas suas próprias escolhas e como agentes e receptores de influências ambientais é de uma importância fundamental para o paradigma da Redução de Danos. Os indivíduos devem estar envolvidos “onde estiverem” e levados, pouco a pouco, a níveis mais elevados de cuidados consigo mesmos, de saúde e de bem estar.” (Marlatt, 1999, Prefácio).

A questão da autonomia é particularmente relevante no âmbito da mediação do encaminhamento para serviços, pelo que nestas situações importa equilibrar o apoio que o utilizador em particular necessita e a promoção da sua autonomia.

Enraizamento na comunidade

Por outro lado, é necessário ter em atenção que, na esfera da **redução de danos** não se pode, apenas, trabalhar com os consumidores, é também necessário trabalhar com os membros dos seus meios sociais. É preciso criar interconexões entre os consumidores e trabalhar em conjunto com os representantes da comunidade, com a polícia e com todos os que ainda resistem. (Cavalcanti, 2001).

Em particular, a intervenção com esta população envolve a consideração de aspectos comunitários mais próximos (normas sociais e comportamentais entre utilizadores de drogas, natureza e estrutura das relações sociais na rede de utilizadores, contexto social e físico imediato no qual as drogas são consumidas, vizinhança local e contexto no qual os utilizadores vivem no quotidiano) e outros mais abrangentes (contexto público, político e legal do consumo, aspectos económicos, étnicos e de género, normas culturais e religiosas) (WHO, 2005).

Este modelo pode então ser definido como uma actividade centrada na comunidade local, cuja finalidade é entrar em contacto com indivíduos ou grupos pertencentes a populações-alvo específicas, que não se conseguem atingir ou contactar eficazmente pelos serviços existentes ou pelos canais convencionais de educação em matéria de saúde.

No âmbito da intervenção em contextos recreativos importa trabalhar com os promotores dos eventos e os donos dos espaços de lazer nocturno. Esta abordagem é essencial para que a intervenção possa ser desenvolvida em espaços dinamizados por estes, para um melhor conhecimento da dinâmica do evento e para inclusivamente, em parceria, serem desenvolvidas estratégias para que o evento/espço seja mais seguro.

São exemplos de medidas preventivas, a criação de espaços de *chill-out*, a implementação de condições de arejamento adequadas, a boa sinalização para a saída em caso de incêndios, disponibilização de água com grande acessibilidade, formação dos agentes de segurança e

restantes funcionários, evitar utilizar material inflamável, organizar o espaço em termos de luminosidade de forma a evitar acidentes, entre outros aspectos (Bellis e Hughes, 2003).

Cidadania

Trata-se de uma orientação particularmente relevante quando o grupo-alvo é constituído por pessoas muito marginalizadas. Criar condições que permitam ao indivíduo uma estruturação de vida com o mínimo de dignidade, ou seja, reconhecer o utilizador de drogas como um todo, o que implica reconhecer-lhe uma dignidade, uma humanidade enquanto indivíduo e desenvolver a consciência de que é uma pessoa. As equipas que trabalham com esta população constituem-se como defensores dos direitos humanos desta população particularmente fragilizada.

Díálogo

Valorizar e, em alguns casos, restaurar a importância da comunicação pressupondo a escuta, a reflexão e a intervenção, abrindo um espaço onde se podem colocar questões. Os utilizadores de drogas e a comunidade envolvente devem ser auscultados aquando da programação de novas respostas.

Relação

Privilegiar o estabelecimento de relações sociais próximas e a construção de bases de confiança e respeito mútuas, ou seja, entender que é uma relação diferente da relação terapêutica e que se baseia numa relação de parceria, de ajuda e de confiança/confidencialidade.

Negociação

Constituir modelos de negociação como processo essencial para chegar a um acordo que seja satisfatório e exequível para todas as partes envolvidas (técnicos, grupo-alvo, traficantes, população em geral, promotores de eventos e parceiros).

Educação para a Saúde

Focar o interesse do indivíduo consumidor de drogas, habitualmente centrado nas substâncias e no seu uso, na noção de saúde.

Mudança

Miller e Rollnick (cit. por Baker e col., 1996) propõem 5 princípios gerais a ter em conta nas interações com os utilizadores de drogas com o objectivo de os incentivar para a mudança (promover a alteração de comportamentos de risco e hábitos de consumo):

- demonstrar empatia;
- Proporcionar a consciencialização da dissonância entre o comportamento actual e os objectivos definidos;
- evitar argumentar e o confronto directo;
- utilizar a resistência do utilizador de drogas para gerar condições para a mudança em alternativa a confrontá-lo;
- promover a crença de que a pessoa pode mudar.

Ressalva-se ainda que, tendo como mote a eficácia da intervenção, para além do encorajamento de mudanças a nível individual, é desejável que os projectos neste domínio contribuam também para a implementação de mudanças a nível da comunidade, como são exemplo a realização de propostas de organização de espaços festivos mais seguros, ou a realização de propostas para a implementação de serviços/projectos a nível social e da saúde, que disponibilizem respostas às necessidades dos utilizadores de drogas.

Acesso aos serviços Sociais e de Saúde

Promover a aproximação do indivíduo aos serviços disponíveis, fornecendo informação sobre alternativas existentes, equacionando a possibilidade de um encaminhamento e facilitando o relacionamento do indivíduo com os serviços.

Flexibilidade

Efectivamente, faz parte do pragmatismo da RRMD, o emprego de diferentes estratégias para alcançar uma mesma meta que, quando aplicadas simultaneamente, originam melhores resultados. O tráfico e consumo de substâncias são realidades dinâmicas seja em termos das substâncias disponíveis, dos locais de comercialização, dos locais de consumo, das estratégias para angariar dinheiro, entre outros aspectos, pelo que as equipas que intervêm neste domínio devem estar atentas a estas mutações e adaptar a sua intervenção em conformidade.

Por outro lado, pressupõe-se que a própria intervenção do projecto de RRMD tem impacto na realidade em que intervêm, constituindo assim também um factor de mudança da mesma. Como tal, face à contínua avaliação do impacto da intervenção deverá suceder a adaptação da mesma.

Adequação da intervenção ao indivíduo

A intervenção com consumidores de substâncias relativamente aos seus comportamentos de risco deve ter em conta que estes são influenciados por um conjunto de variáveis individuais e estruturais. Como tal, a eficácia das mensagens transmitidas pelos técnicos é mediada por estes factores, que devem ser devidamente avaliados e contemplados nas intervenções.

Numa revisão de literatura da Health Development Agency (2003) são sugeridos como factores mediadores dos comportamentos de riscos a nível sexual (risco de infecção pelo VIH):

Factores individuais:

- Conhecimento (por exemplo, sobre o risco de VIH, eficácia dos preservativos, recursos existentes, significado de um resultado do teste ao VIH, estado serológico do parceiro);
- Atitudes, motivações e intenções (atitudes relativamente aos preservativos e sexo seguro, intenção de usar preservativo, motivação para usar preservativo, atitude relativamente ao VIH);
- Crenças e percepções (percepção de vulnerabilidade relativamente ao VIH, normas sociais percebidas relativamente ao sexo seguro, relativamente à gravidade do VIH, auto-eficácia, auto-conceito, crenças culturais e religiosas);
- Competências (competências de comunicação, de negociação sexual, assertividade).

Factores estruturais:

- Factores económicos
- Políticas públicas
- Factores sociais (regras da comunidade relativamente ao sexo seguro, estigmatização social relativamente a grupos específicos)
- Factores organizacionais (capacidade de as estruturas que dão apoio a esta população efectivamente responderem às suas necessidades).

Por seu turno, a International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies aponta como possíveis fundamentos da prática de partilha de material para o consumo de substâncias (2003):

- Falta de informação acerca dos riscos associados ao consumo e sobre práticas seguras;
- Constituição da partilha como uma forma de aproximação, integrada culturalmente e socialmente como uma prática comum;
- Estar intoxicado;
- Não dominar os procedimentos de injeção numa fase inicial e necessitar de ajuda;
- Receio de transportar material de injeção e ser abordado pelas forças da autoridade;
- Dificuldade no acesso a material de injeção/consumo.

Algumas dimensões a considerar na compreensão da vida quotidiana dos indivíduos / grupos são, nomeadamente:

- que ideias e discurso manifestam;
- que práticas observáveis;
- que problemas sentidos e vivências;
- que relacionamento interpessoal e social;
- que carências e desvantagens.

Assim, a intervenção com esta população deve ter em conta por um lado um conhecimento amplo do indivíduo, em interacção com o conhecimento amplo do contexto económico, político, social ou organizacional em que está inserido.

Neste âmbito, há um conjunto de modelos que têm sido propostos e implementados com bons resultados (tanto ao nível do consumo de substâncias ilícitas como no consumo de substâncias lícitas, como o álcool por exemplo), designadamente, o Modelo de Prevenção da Recaída (Marlatt e Gordon, 1985), o Modelo de Estádios de Mudança (de Prochaska e DiClemente, 1986) e a Entrevista Motivacional (de Miller e Rollnick, 1991)⁷.

O **Modelo de Prevenção da Recaída** aplica-se tanto a recaídas no contexto de tratamento com objectivos de abstinência (recaída no consumo) como a recaídas em comportamentos de risco (por exemplo, ter conseguido deixar de partilhar material e entretanto ter reiniciado esta prática).

Segundo este enquadramento, para um determinado comportamento de risco trabalha-se com o utilizador na identificação das condições que para ele são potenciadoras deste comportamento (tendo em conta o exemplo mencionado, analisar as situações em que partilhou material e as situações em que não o fez, identificando no primeiro caso quais terão sido os factores que influenciaram a sua decisão), para então se definirem e ensaiarem estratégias para conseguir contornar esses factores (por exemplo, se um factor consiste em não ter o seu equipamento na altura, podem-se definir formas de assegurar que traz sempre equipamento novo consigo).

O **Modelo de Estádios de Mudança** propõe que para uma determinada mudança comportamental ocorrem 5 estádios, correspondentes a níveis progressivamente superiores de preparação para a mudança:

1) Pré-contemplação

A pessoa não pensa em mudar o seu comportamento, seja por falta de informação ou desmotivação

⁷ Baker e col. (1996)

2) Contemplação

A pessoa encontra-se ambivalente relativamente à mudança, embora identifique razões para mudar, não muda ainda o comportamento

3) Preparação

A pessoa considera seriamente mudar o comportamento

4) Acção

Implementação do novo comportamento

5) Manutenção

Desenvolvimento de estratégias para manter o comportamento, nomeadamente de prevenção da recaída

A Organização Mundial de Saúde propõe um conjunto de acções e estratégias a serem implementadas pelos técnicos dos Programas de Troca de Seringas em cada uma das fases com vista à facilitação da mudança para o estágio seguinte (WHO, 2007):

1) Pré-contemplação

- Aprofundar conhecimentos acerca do utilizador de drogas
- Identificar comportamentos de risco e o grau de enraizamento destes
- Reflectir com este acerca de formas de prevenir os danos
- Identificar aspectos que poderão sensibilizar o utilizador para a mudança
- Demonstrar disponibilidade para ajudar

2) Contemplação

- Procurar compreender a forma como o utilizador de drogas analisa a situação
- Prosseguir no desenvolvimento de uma relação de confiança
- Fomentar a consciência de que pode optar por mudar
- Apoiá-lo relativamente a problemas que surjam
- Promover a ideia de que a mudança é possível

3) Preparação

- Identificar exactamente o que a pessoa pretende mudar e os seus motivos
- Identificar com o utilizador o objectivo
- Discutir opções para a operacionalização da mudança, passo a passo
- Demonstrar com exemplos reais a possibilidade de o objectivo ser atingido com sucesso
- Enfatizar a capacidade do utilizador para lidar com a situação
- Identificar os prós e os contras da mudança

4) Acção

- Enfatizar junto do utilizador de drogas a importância de fasear a implementação do objectivo
- Encorajá-lo a congratular-se com o cumprimento do objectivo e motivá-lo para este processo
- Apoiá-lo na reorientação de objectivos, caso seja necessário

5) Manutenção

- Apoiar o utilizador de drogas no desenvolvimento de estratégias de prevenção da recaída
- Apoiar o utilizadores de drogas em revisões de objectivos e a manter-se optimista

A **Entrevista Motivacional** engloba um conjunto de estratégias que são passíveis de serem utilizadas para a motivação do utilizador de drogas para a mudança. Baseia-se em 5 princípios:

1. Demonstração de empatia recorrendo à escuta activa
2. Implementação de estratégias para o desenvolvimento de uma dissonância cognitiva no utilizador de drogas, isto é, uma incompatibilidade entre o que este pretende e o seu comportamento actual
3. Evitação do confronto directo
4. Utilização da resistência para promover a mudança em alternativa à argumentação
5. Promoção da esperança de que é possível mudar, nomeadamente através da construção da percepção de auto-eficácia.

Os três modelos sugeridos são portanto complementares na actuação com os utilizadores de drogas, consoante a fase em que estes se encontram, devendo ser adaptados às circunstâncias específicas destes.

Ver mais

- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2003). Spreading the light of science – guidelines on harm reduction relates to injecting drug use.

http://www.ifrc.org/what/health/tools/harm_reduction.asp (30.10.2008)

- Guide to Starting and Managing Needle and Syringe Programmes

<http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/NSP-GUIDE-WHO-UNODC.pdf> (30.10.2008)

PARTE II

TIPIFICAÇÃO DE RESPOSTAS DE REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS EM PORTUGAL

A intervenção em redução de riscos e minimização de danos está, em Portugal, tipificada segundo 9 estruturas sócio-sanitárias: Equipas de Rua, Gabinetes de Apoio a Toxicodependentes sem Enquadramento Socio-familiar, Pontos de Contacto e de Informação, Programas para Consumo Vigiado, Centros de Acolhimento, Centros de Abrigo, Espaços Móveis de Prevenção de Doenças Infecciosas, Programas de Substituição em Baixo Limiar de Exigência e Programas de Troca de Seringas⁸.

No entanto, há um conjunto de respostas que são de alguma forma transversais ao funcionamento destas estruturas, podendo ser desenvolvidas em mais do que um dos tipos de estrutura. Assim, por exemplo, a educação e sensibilização é uma resposta pertinente em qualquer uma das estruturas mencionadas. Por seu turno, a troca de seringas é pertinente em algumas estruturas mas não noutras. Neste sentido, o trabalho de rua, cuidados de saúde (consultas médicas, cuidados de enfermagem) e apoio social (atendimento psicossocial, encaminhamento para serviços sociais e de saúde) são também actividades que podem ter um carácter transversal.

No quadro deste documento, apresenta-se uma breve descrição de cada uma das estruturas actualmente em funcionamento em Portugal uma vez que a filosofia subjacente, objectivos e metodologia já explanadas são genericamente semelhantes.

Ver mais

Decreto-lei nº 183/2001: Aprova o Regime Geral de Políticas de Redução de Riscos e Minimização de Danos
[http://www.idt.pt/PT/Legislacao/Legislao%20Ficheiros/Reducao_de_Riscos - Danos/dl_183_2001.pdf](http://www.idt.pt/PT/Legislacao/Legislao%20Ficheiros/Reducao_de_Riscos_-_Danos/dl_183_2001.pdf)
(06.01.2009)

I. PROGRAMA DE TROCA DE SERINGAS

Os programas de troca de seringas têm como objectivo a prevenção da transmissão de doenças infecciosas por via endovenosa, através do incremento da assepsia no consumo endovenoso. Com vista à realização do objectivo previsto no número anterior, os programas destinam-se a promover a acessibilidade à troca de seringas e agulhas, bem como a filtros, toalhetes, águas destilada, ácido cítrico e outros materiais adequados⁹.

Em Portugal, o Programa Nacional de Troca de Seringas recebeu a designação “Diz não a uma seringa em segunda mão”, sendo o resultado de uma parceria entre o Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional para o VIH/SIDA, e a Associação Nacional de Farmácias.

⁸ Decreto-lei nº 183/2001 de 21 de Junho

⁹ Artigo 50º. Decreto-lei nº 183/2001 de 21 de Junho

Este Programa, criado em 1993, mantém-se até aos dias de hoje, com uma evolução positiva no número de locais onde é disponibilizado e na progressiva abrangência dos materiais e utensílios disponibilizados no kit de consumo asséptico. Actualmente este kit engloba 2 seringas, 2 ampolas de água bi-distilada, 2 carteiras de ácido cítrico, 2 *clean cup*, 2 toalhetes, 1 preservativo, 1 brochura informativa. Paralelamente é ainda disponibilizado um tubo para colocação do material.

Recentemente foi criado pelos dinamizadores do Programa um grupo de trabalho com elementos de diversos sectores, nomeadamente o IDT, IP, com vista ao desenvolvimento de uma Guia de Boas Práticas do Programa de Troca de Seringas.

A maior parte dos projectos apoiados pelo IDT,IP no domínio da RRMD implementam este Programa.

Dado que a propagação de doenças infecciosas pode resultar da partilha de outro equipamento para a injeção, como o recipiente ou o filtro, por exemplo, frequentemente no âmbito dos Programas de Troca de Seringas são disponibilizados outros utensílios como são exemplos os já mencionados.

O contexto do Programa de Troca de Seringas proporciona um espaço para o utilizador de drogas endovenosas pensar acerca das suas práticas de consumo e discuti-las com o técnico (Hunt, 2003). Assim, para além da possibilidade de disponibilizar material asséptico, é desejável que estes Programas englobem simultaneamente uma componente de comunicação, de educação e sensibilização sobre práticas com menos riscos para a saúde. Por outro lado, constitui uma oportunidade para a mediação entre o indivíduo e os serviços sociais e de saúde. No âmbito desta intervenção torna-se útil a utilização de mecanismos de *outreach* ou trabalho de rua com o objectivo de contactar populações ocultas.

Os Programas de Troca de Seringas podem ser implementados segundo diversas modalidades: na farmácia, em unidade móvel, na rua, em serviços especializados para toxicodependentes, máquinas dispensadoras de seringas (Hunt, 2003).

Estes Programas têm tido sido sobejamente estudados quanto à sua eficácia, com resultados muito positivos:

- Está demonstrada a existência de uma relação consistente entre o Programa de Troca de Seringas e a diminuição de comportamentos de risco, diminuição da incidência e prevalência do VIH
- Esta eficácia está demonstrada tanto para os Programas de Troca de Seringas que incluem outro tipo de acções como a educação relativamente ao consumo ou a

disponibilização de preservativos, como nouro tipo de abordagens como as máquinas dispensadoras de seringas e a dispensa de seringas nas farmácias. Contudo, os seus efeitos são potenciados com a presença de serviços complementares

- Por outro lado, não existe nenhuma evidência de que os Programas de Troca de Seringas conduzam a consequências negativas como o desencadear do consumo, ou o aumento da sua duração ou frequência
- Há evidência significativa de que os Programas de Troca de Seringas podem aumentar a inserção de utilizadores de drogas em tratamento, para além da motivação para a realização de outros cuidados de saúde.

Ver mais

- WHO (2004). Effectiveness of Sterile Needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users.

http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf (05.01.2009)

- WHO (2004). Policy Brief: Provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission. <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/provisionofsterileen.pdf> (05.01.2009)

- WHO, UNAIDS e UN Office on Drugs and Crime (2007). Guide to Starting and Managing Needle and Syringe Programs.

http://www.who.int/hiv/idu/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf (05.01.2009)

II. EQUIPAS DE RUA

As equipas de rua destinam-se a promover a redução de riscos, intervindo no espaço público onde o consumo de drogas seja vivido como um problema social.

Para a prossecução do objectivo previsto (...) as equipas de rua podem:

- a) divulgar utensílios e programas de redução de riscos
- b) fornecer informação no âmbito das dependências
- c) interagir com os consumidores face a situações de risco
- d) intervir nos primeiros socorros face a situações de emergência ou de negligência
- f) substituir seringas, de acordo com a lei.¹⁰

As Equipas de Rua são um dos instrumentos fundamentais da política global de Redução de Danos, quer face a grupos específicos de consumidores das chamadas “velhas” drogas (heroína por exemplo), quer face a outras tendências de consumo (drogas de *design*, ácidos, etc.).

¹⁰ Artigos 58º e 60º. Decreto-lei nº 183/2001 de 21 de Junho

A dimensão que melhor caracteriza este tipo de estrutura consiste na realização de trabalho de rua ou *outreach*. Este tipo de metodologia pode também ser um recurso de outras estruturas sócio-sanitárias mas neste contexto assume um papel central.

O trabalho de rua é caracterizado por uma inserção na comunidade, constituindo-se como factor de mudança desta. É também caracterizado por uma teia de relações entre técnicos, consumidores de substâncias e seus pares, que, embora assumindo papéis diferenciados na relação, procuram negociar decisões relativamente ao percurso do utilizador de drogas (EMCDDA, 2001).

Esta metodologia tem sido aplicada na Europa com os seguintes objectivos fundamentais (EMCDDA, 1999):

- Identificar e contactar populações ocultas
- Encaminhar elementos destas populações para serviços de apoio
- Desencadear actividades de prevenção e redução da procura
- Promover uma prática sexual e utilização de drogas mais seguras

A sua implementação tem sido realizada de forma diferenciada ao longo dos anos, segundo modelos mais centrados na mudança de comportamento de indivíduos ou centrados na rede de relações dos consumidores de uma determinada comunidade, recorrendo ou não a pares, líderes comunitários, voluntários, com componentes diversificadas (inclusão ou não de troca de seringas, fornecimento de outro tipo de material, encaminhamento para a realização de rastreios e para outros serviços) e objectivos distintos (de facto, os primeiros exemplos de utilização desta metodologia situavam-se numa abordagem de apoio a pessoas carenciadas genericamente, não associada explicitamente ao contexto de drogas).

Os últimos modelos têm tendencialmente incluído o serviço de rastreio de VIH com pré e pós aconselhamento e facilitação do acesso a tratamento do VIH/SIDA (EMCDDA, 1999; Hunt, 2003; Needle e col., 2005) e têm passado a incluir a intervenção com jovens em contextos recreativos (EMCDDA, 1999).

O modelo mais utilizado em Portugal pelas Equipas de Rua tem sido bastante abrangente em termos de serviços prestados. Envolve a realização de trabalho de rua para contactar populações de consumidores, efectuando um trabalho de motivação e informação relativos à redução de riscos e minimização de danos associados ao consumo, disponibilizando (trocando, no caso das seringas) material para redução dos riscos associados ao consumo e ao comportamento sexual (fornecendo preservativos), procurando suprir necessidades básicas

existentes (por exemplo, de alimentação) e, de uma forma geral, servindo de ponte entre estas pessoas e serviços sociais e de saúde diversos.

Diversas Equipas colaboram na realização do rastreio do VIH/SIDA por meio do Programa Klotho, que resulta da parceria entre a Coordenação Nacional para o VIH/SIDA e o IDT,IP.

Este Programa de identificação precoce e prevenção da infecção VIH/SIDA é especificamente direccionado a utilizadores de drogas, sendo que neste processo de identificação precoce é feito recurso a testes rápidos. Os profissionais envolvidos frequentaram formação com o propósito de os capacitar para a realização do aconselhamento, detecção precoce e referenciação do VIH/SIDA, tendo-se ainda elaborado um manual de boas práticas.

O trabalho de rua tem tido resultados comprovados no contacto com as designadas “populações ocultas” de utilizadores de drogas que não se aproximam dos serviços de saúde e sociais e que, em alguns casos, também não se dirigem às estruturas de proximidade, sendo necessário fazer um movimento em direcção a estas pessoas. Esta é a realidade para os utilizadores de drogas em contextos mais ou menos degradados de tráfico e consumo de drogas, mas também dos utilizadores de drogas em contexto de *clubbing* ou de festival, onde o trabalho de rua ou *outreach* também se tem revelado como uma metodologia eficaz.

Para além dos resultados comprovados no que reporta ao contacto com populações ocultas de consumidores, a investigação tem também demonstrado a sua mais valia como intervenção facilitadora da mudança de comportamentos, com um impacto positivo na redução de comportamentos de risco e adopção de comportamentos mais seguros. Por outro lado, as mudanças nestes comportamentos de risco estão associadas a menores taxas de infecção por VIH (Needle e col., 2005).

Ver mais

- Svensson, N. P. e col. (2003). Outreach work with young people, young drug users and young people at risk (05.01.2009)
<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1302697&Site=COE&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864> (05.01.2009)
 - WHO (2004). Evidence for Action: Effectiveness of community –based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591528.pdf> (05.01.2009)
 - Manual de Boas Práticas do Programa Klotho (05.03.2009)
<http://www.sida.pt/>
 - Mikkonen, M. e col. (2007). Outreach work among marginalised populations in Europe – guidelines on providing integrated outreach services
<http://www.correlation-net.org/products/outreach.pdf> (11.03.2009)
-

III. GABINETES DE APOIO PARA TOXICODEPENDENTES SEM ENQUADRAMENTO SÓCIO-FAMILIAR

Os gabinetes de apoio a toxicodependentes sem enquadramento sócio-familiar são gabinetes de triagem, de apoio e de encaminhamento sócio-terapêutico. (...) Destinam-se a contribuir para o diagnóstico e melhoria das condições sócio-sanitárias de toxicodependentes marginalizados e excluídos e para o seu encaminhamento social e terapêutico.

Os gabinetes de apoio fornecem serviços de higiene e alimentação mínimos, apoio psicológico e social, cuidados de enfermagem, despiste de doenças infecto-contagiosas, preservativos, utensílios para consumo endovenoso por troca de seringas de acordo com a lei e apoio médico e psiquiátrico, podendo também fornecer serviços de substituição opiácea de baixo limiar nos termos legais¹¹.

Os gabinetes de apoio, sejam móveis ou fixos, são estruturas que, dadas as suas condições físicas, permitem a realização de uma miríade de actividades de difícil ou impossível implementação em contexto de rua.

Assim, para além da disponibilização de preservativos, de material asséptico para consumo de substâncias, de informação sobre potenciais riscos e danos associados ao consumo de substâncias, oferecem melhores condições físicas para a realização de apoio psicológico mais estruturado, consultas médicas, actividades de carácter sócio-terapêutico ou mesmo para outro tipo de actividades como os banhos.

Este tipo de resposta tem sido validado empiricamente, com a demonstração do seu efeito positivo no aumento de conhecimentos sobre prevenção do VIH/SIDA, prevenção de outras patologias e de overdoses entre os utilizadores de drogas (WHO, 2008).

Como estruturas de proximidade, os Gabinetes de Apoio devem localizar-se perto das zonas onde estão os utilizadores de drogas e serem facilmente acessíveis. Esta localização não deve dispensar contudo a realização de contactos com as organizações instaladas ou que actuam na comunidade envolvente, bem como, a realização numa fase inicial e periodicamente de trabalho de rua com vista a divulgar o serviço junto de potenciais utilizadores do mesmo.

Independentemente da oferta mais abrangente de serviços, os gabinetes de apoio devem, à semelhança das restantes estruturas de RRMD, manter-se em articulação com outros serviços sociais e de saúde, de forma a apoiar o diagnóstico de necessidades dos utilizadores de drogas e corresponder à satisfação das mesmas de acordo com as expectativas, prioridades e objectivos de cada um.

¹¹ Artigos 6º e 8º. Decreto-lei nº 183/2001 de 21 de Junho

IV. PONTOS DE CONTACTO E DE INFORMAÇÃO

Os pontos de contacto e de informação são espaços destinados a evitar ou atenuar o consumo de drogas e respectivos riscos. (...) Destinam-se ainda a, em condições que assegurem a maior difusão possível, informar e auscultar as populações sobre os riscos e efeitos da toxicod dependência, bem como sobre outros temas que possam contribuir para a prevenção do consumo.

São difundidas nos pontos de contacto e de informação, informações sobre:

- a) acessibilidade, especificidades, localização e funcionamento de serviços de tratamento da toxicod dependência e de outros serviços de saúde;
- b) acessibilidade e funcionamento de serviços de apoio jurídicos;
- c) acessibilidade e funcionamento de serviços e centros de promoção do emprego e da formação profissional;
- d) riscos associados ao uso de psicotrópicos;
- e) meios de protecção contra doenças infecto-contagiosas;
- f) modos de apoio a toxicod dependentes e respectivos familiares.

Considerando o meio social envolvente, os pontos de contacto e de informação podem ainda divulgar as seguintes informações:

- a) informação detalhada sobre todas as drogas e respectivos efeitos;
- b) informação adequada sobre os graus de dano e efeitos do consumo de cada droga¹².

Como se constata, os Pontos de Contacto e Informação são essencialmente estruturas que prestam serviços de informação e sensibilização. Estas devem estar localizadas próximo do local onde os utilizadores estão, seja este um contexto de consumos de substâncias como a heroína ou um contexto recreativo como um festival, ou próximo de espaços de lazer onde ocorram consumos de substâncias psico-activas.

Preservando o rigor técnico, a abordagem dos profissionais deverá ser, à semelhança das restantes estruturas de proximidade, caracterizada pela informalidade e disponibilidade para com os utilizadores do serviço.

Independentemente do contexto envolvente, a implementação desta estrutura deve implicar o contacto com as estruturas implementadas e actuantes na comunidade em causa. No caso da implementação de Pontos de Contacto e Informação em contextos de festival ou próximo de espaços de lazer, é fundamental a abordagem junto dos organizadores do evento e dos responsáveis pelo espaço a fim de transmitir a pertinência da actuação e discutir formas de articulação. De facto, nestes contextos, é por demais pertinente o contacto, sensibilização e mesmo formação dos funcionários sobre as substâncias, os riscos e efeitos dos consumos e a

¹² Artigos 29º e 31º. Decreto-lei nº 183/2001

melhor forma de lidar com pessoas intoxicadas. A este nível, é possível organizar os espaços (criar uma zona de *chill out*, introduzir um bom sistema de ventilação, disponibilizar água, por exemplo) e introduzir determinadas regras de forma a prevenir os possíveis efeitos adversos decorrentes do consumo de substâncias associado a condições físicas desadequadas (Webster e Release, 2002).

Ver mais

- Webster, R. e Release (2002). Safer Clubbing – guidance for licensing authorities, club managers and promoters.

<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/safer-clubbing-guide.pdf?view=Binary>

(05.01.2009)

- Calafat e col. Risk and Control in the recreational drug culture.

<http://www.irefrea.org/archivos/sa/risks.pdf> (05.01.2009)

V. PROGRAMAS DE SUBSTITUIÇÃO EM BAIXO LIMAR DE EXIGÊNCIA

Os programas de substituição em baixo limiar de exigência têm como objectivos:

- a) a redução do consumo de heroína, pela sua substituição por metadona, a ser dispensada através de programas de grande acessibilidade, sem exigência imediata de abstinência e em instalações adequadas para o efeito;
- b) o aumento e a regularidade dos contactos do consumidor com os profissionais de uma equipa sócio-sanitária, que possam concorrer, nomeadamente, para a futura abstinência.

Mais concretamente, os objectivos do programa de substituição opiácea¹³ podem ser categorizados em objectivos relativos ao consumo de substâncias, à prevenção da propagação de doenças infecciosas, à saúde e ao funcionamento em geral (NSW Health Department, 1999; Verster e Buning, 2003a):

Relativos ao consumo de substâncias:

- Reduzir a utilização de substâncias ilícitas pelo indivíduo
- Reduzir a duração de episódios de abuso de substâncias
- Reduzir a probabilidade de recaídas
- Reduzir as mortes associadas ao consumo de opiáceos
- Reduzir o consumo endovenoso

¹³ No campo científico tem sido recomendada a designação “Programas de Administração de Metadona de Baixo Limiar de Exigência”

Relativos à prevenção da propagação de doenças infecciosas

- Reduzir os perigos associados ao abuso de drogas, como o risco de contrair VIH/SIDA, hepatite B e C e outras infecções transmissíveis por via endovenosa através da partilha de material de injeção, bem como pela transmissão por via sexual

Relativos à sua saúde em geral

- Apoiar o utilizador de drogas a manter-se saudável, nomeadamente através do tratamento de patologias associadas ao consumo de substâncias e prevenção destas

Relativos ao seu funcionamento em geral

- Melhorar o seu funcionamento pessoal, social e familiar (com impactos esperados na melhoria das condições económicas e na redução da possível actividade criminal por vezes associada à aquisição de substâncias ilícitas.

Essencialmente, estes Programas constituem uma resposta para pessoas que, numa determinada fase da sua vida, não querem ou não conseguem abandonar o consumo de heroína, proporcionando-lhes condições para melhorarem a sua qualidade de vida, ao nível da saúde, a nível social e económico.

As condições disponibilizadas pelo programa de substituição opiácea consistem na administração de um fármaco (Cloridrato de Metadona), prescrito, sob supervisão médica, que tem de reunir determinadas características para ser eficaz. Nomeadamente prevenir os sintomas de privação e o *craving*. Dado que tem uma semi-vida longa (igual ou superior a 24 horas) possibilita uma estabilização psíquica que permite ao utilizador organizar melhor a sua vida, aumentando o potencial para a normalização das relações interpessoais e para a reinserção. Tomado diariamente atinge um *steady-state* após cerca de 5 dias.

De entre a diversidade de opções terapêuticas que entretanto se têm desenvolvido para a dependência de opiáceos, o programa de substituição opiácea tem-se revelado como uma das mais eficazes (Verster e Buning, 2003 a; WHO, UNODC, UNAIDS, 2004).

O Programa de Substituição Opiácea com metadona tem resultados comprovados em diversos domínios, dos quais se destaca (NSW Health Department, 1999; Verster e Buning, 2003b; WHO, UNODC, UNAIDS, 2004):

- Ao nível da saúde, no que reporta ao potencial de transmissão de doenças infecciosas, diversos estudos longitudinais comprovam que a manutenção e compromisso com o programa estão associados à redução de comportamentos de risco relativos ao VIH/SIDA ou a um aumento de comportamentos de protecção. Os consumidores de opiáceos por via injectada que não ingressam neste programa apresentam uma probabilidade seis vezes superior de se infectarem com VIH do que os que ingressam e se mantêm no programa.

- A taxa de mortalidade nas pessoas dependentes de opiáceos em programa de substituição é cerca de 1/3 a 1/4 da das pessoas que não entram no programa.
- Por outro lado, diversos estudos verificaram a diminuição até metade por ano da actividade criminal de pessoas que iniciaram programa.

Em suma, os diversos estudos apontam para diferentes tipos de impactos positivos da inserção em programa para o indivíduo:

▪ Redução do consumo de opiáceos ilícitos	▪ Redução da actividade criminal
▪ Redução de mortes por overdose	▪ Aumento da qualidade de vida
▪ Redução de mortes prematuras	▪ Melhoria da saúde
▪ Redução da frequência de injecção	▪ Melhoria no potencial de empregabilidade
▪ Redução da partilha de agulhas/seringas, outro material	▪ Melhoria no funcionamento social
▪ Redução da transmissão de VIH/VHC	▪ Manter as pessoas associadas a um projecto terapêutico

Está cientificamente comprovado que, para além dos ganhos ao nível do indivíduo, o Programa de Substituição é ainda eficaz para a sociedade, dado que melhora o bem-estar físico e mental do indivíduo e da sua família e reduz o gasto público sanitário e do sistema judicial (Verster e Buning, 2003b).

Os Programas de substituição opiácea em baixo limiar de exigência podem ser implementados em estruturas fixas (um gabinete de apoio ou um centro de acolhimento) ou em Unidades Móveis adaptadas para o efeito.

Ver mais

- WHO, UN Office on Drugs and Crime, UNAIDS (2008). Policy Guidelines for Collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf (05.01.2009)
 - WHO, UN Office on Drugs and Crime, UNAIDS (2008). WHO, UNODC, UNAIDS position paper – Substitution Maintenance Therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention.
http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf (05.01.2009)
 - Verster, A. e Buning, E. (2000). Methadone Guidelines.
<http://www.q4q.nl/methwork/guidelines/guidelinesuk/methadone%20guidelines%20english.pdf> (05.01.2009)
-

VI. CENTRO DE ACOLHIMENTO

Os centros de acolhimento são espaços residenciais temporários. (...) Destinam-se a contribuir para o afastamento de ambientes propícios ao consumo, bem como para o encaminhamento social e terapêutico de toxicodependentes excluídos.

Os centros devem fornecer aos utentes alojamento, garantir a higiene e a alimentação mínimas, disponibilizar apoio psicológico e social e cuidados de enfermagem, rastrear doenças infecto-contagiosas, fornecer preservativos, bem como assistência médica e psiquiátrica, podendo executar programas de substituição de baixo limiar de exigência de acordo com a lei.¹⁴

Na sua essência, os Centros de Acolhimento destinam-se a toxicodependentes que não têm abrigo. Distinguem-se dos Centros de Abrigo na medida em que oferecem um programa mais estruturado, destinado a pessoas que se encontram numa fase do seu projecto de vida em que perspectivam a curto prazo a realização de um tratamento com vista à abstinência de substâncias, ou mesmo que já iniciaram este tratamento.

Como tal, requerem que o utilizador de drogas já disponha de um nível de organização suficiente que lhe permita adaptar-se a todo um conjunto de regras de funcionamento e à realização de determinadas actividades.

Estas regras e estas actividades de carácter social, médico e psicológico, para além de procurarem corresponder às necessidades e expectativas do utilizador de drogas a estes níveis, funcionam como uma fase preparatória para o início de um programa de tratamento. Tratam-se portanto de estruturas intermédias, que pretendem mediar a transição entre o contexto de rua e um contexto mais estruturado de tratamento.

Deste modo, a articulação quer com as estruturas de proximidade no quadro da RRMD, quer com as estruturas de tratamento, é fundamental.

Nesta lógica, ao contrário dos Centros de Abrigo, que são espaços de pernoita, os Centros de Acolhimento funcionam 24 horas por dia.

¹⁴ Artigos 14º e 16º. Decreto-lei nº 183/2001 de 21 de Junho

PARTE III

AS EQUIPAS

AS EQUIPAS QUE INTERVÊM NO ÂMBITO DA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

Tem sido empiricamente demonstrado que a inclusão de pares e voluntários nas equipas actuantes em contexto de RRMD, seja com utilizadores de drogas como a heroína ou com utilizadores em contextos recreativos apresenta vantagens para a intervenção (EMCDDA, 1999). Está em causa o estabelecimento de contacto com os utilizadores, a motivação por parte destes para ouvir a mensagem e o valor atribuído a esta. Os pares tendem a transmitir uma imagem de credibilidade baseada na experiência e em algumas características com que os utilizadores se identificam. Por outro lado, a sua inclusão representa um desafio importante para o próprio e para a equipa, sendo pertinente avaliar cuidadosamente o perfil da pessoa para a execução desta intervenção.

As áreas de especialidade técnica são variáveis dentro do campo das ciências sociais e humanas e da saúde, consoante a tipologia da estrutura sócio-sanitária em causa, podendo incluir médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social, e de outras áreas das ciências sociais e humanas, técnicos psicossociais entre outros.

Para actuar nesta área, para além dos conhecimentos no campo das drogas, redução de riscos e danos, intervenção comunitária, importa reunir e desenvolver algumas competências como sejam a flexibilidade (adaptação ao contexto de intervenção, sua subcultura, aos utilizadores de drogas), competências de escuta e demonstração de empatia, assertividade, mediação e gestão de conflitos.

O trabalho realizado no âmbito da RRMD é particularmente exigente para as equipas técnicas, seja pelo contexto em que actuam, em locais de tráfico e consumo, frequentemente a céu aberto, sem a protecção de uma estrutura física, seja pela existência de necessidades múltiplas tanto ao nível dos utilizadores como da própria comunidade.

Estas características associadas ao imperativo de efectuar um trabalho com o máximo de qualidade possível, determinam a necessidade de estas equipas beneficiarem de uma supervisão (EMCDDA, 1999; NSW-Health, 2006).

A supervisão constitui assim uma ferramenta para:

- a) o desenvolvimento da equipa (a discussão de evidência científica e a reflexão sobre as práticas realizadas são uma forma de incrementar a identidade profissional do técnico, as suas competências e conhecimentos, aumentando ainda a sua consciência do impacto das suas atitudes nos utilizadores de drogas);
- b) assegurar a qualidade do trabalho (que os serviços prestados são os adequados, seguros e eficazes);
- c) disponibilizar suporte emocional (espaço onde cada elemento pode partilhar o impacto da intervenção em si e receber apoio sobre a melhor forma de gerir este impacto) (NSW-Health, 2006);
- d) acompanhar a auto-avaliação da equipa no processo de desenvolvimento do projecto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almendros e col. (2002). Manual D'Injecció Higiènica Per a Professionals. Barcelona: Direcció General de Drogodependències e Sida.
- Australian Institute of Health and Welfare (2004). A guide to Australian alcohol data. Canberra: AIHW.
- Baker e col. (1996). A Manual of Cognitive Behavioural Techniques Aimed At Reducing HIV Risk-taking Behaviour In Injecting Drug Users. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.
- Baulenas, G. e col. (1998) – Políticas e Intervenciones de Reducción de Riesgos. Barcelona: Ministerio del Interior - Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas e Grup IGIA.
- Bellis, M. e Hughes, K. (2003). Consumo recreativo de drogas y reducción de danos en la vida nocturna global. Adicciones, vol. 15, supl 2.
- Blasco (s/ data). Programa e Manual de Intervención Con Drogodependentes en Situación de Emerxencia Social. Galiza: Xunta de Galicia – Consellería de Sanidad.
- Buning, E. e col. (2003). Alcohol and harm reduction – an innovative approach for countries in transition. Amsterdam: ICAHRE.
- Calafat e col. (1999). Night life in Europe and recreative drug use. SONAR 98. Espanha: IFREFREA & European Comission.
- Cavalcanti, L. (2001) – The need to re-invent prevention. In *Peddro*, December. Paris: UNESCO, European Commission e UNAIDS, p. 110-112.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007). Informe sobre alcohol. Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo – Centro de Publicaciones.
- Conselho Europeu (2003). Recomendação do Conselho relativa à prevenção e redução dos efeitos nocivos da toxicodependência para a saúde. Jornal Oficial da União Europeia. Luxemburgo. 18/06/2003 (2003/488/CE).
- Conselho Europeu (2004). Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga 2005-2012. Bruxelas: Conselho da União Europeia.

Erickson, P. (1999). Introduction: The Three Phases of Harm reduction. An Examination of Emerging Concepts, Methodologies, and Critiques. Substance Use & Misuse. 34 (1), 1-7.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1999). Outreach Work Among Drug Users in Europe: concepts, practice and terminology. Insights Series, n.º 2. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2001). Guidelines for the Evaluation of Outreach Work: a manual for outreach practitioners. Manuals Series, n.º 2. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002). Selected Issue: Polydrug Use. In EMCDDA (2002) Annual Report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Ezard, N. (2001). Public Health, Human Rights and the Harm Reduction Paradigm: from Risk Reduction to Vulnerability Reduction. International Journal of Drug Policy, nº 12 (2001).

Harm Reduction Coalition (s/ data). Getting Off Right – A Safety Manual for Injection Drug Users. Nova Iorque: Harm Reduction Coalition.

Health Development Agency (2003). HIV prevention: a review of reviews assessing the effectiveness of interventions to reduce the risk of sexual transmission. Health Development Agency.

Hunt, N. (2003). A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. Londres: relatório apoiado pelo Forward Thinking on Drugs – a Release Initiative.

IDT (2005). Plano Nacional contra a Droga e Toxicodependências 2005-2012.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2003). Spreading the light of science – guidelines on harm reduction related to injecting drug use. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.

Kanhai, K. (1992). De 0 a 600 graus centígrados em dois segundos de perseguição ao dragão. Edição especial da VIII Conferência sobre a SIDA. Amsterdão.

Marlatt, G. A. e col. (1999) - Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed.

Mateu-Gelabert, P.e col. (2007). How can Hepatitis C be Prevented in the Long Term? International Journal of Drug Policy, nº18 (2007).

Moskalewicz e col. (2007). Harm reduction coming of age: a summary of the '18th international conference on the reduction of drug related harm' – Warsaw, Poland: 13-17 May 2007. International Journal of Drug Policy, 724, 503-508.

Needle, R. H. e col. (2005). Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. International Journal of Drug Policy, 16S, S45-S57.

NSH-Health (2006). Drug and alcohol clinical supervision guidelines. Sydney: NSH-Health.

NSW Health Department (1999). New South Wales Methadone Maintenance Treatment – clinical practice guidelines. Sydney: NSW Health Department.

Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) (2006). Conférence Nationale sur les Drogues de Synthèse et la Cocaína. Suisse: Office Fédéral de la Santé Publique.

Patrício, L. D. (2002). Droga para que se saiba. Lisboa: Figueirinhas.

Presidência do Conselho de Ministros (2001). Regime Geral das Políticas de Prevenção e Redução de Riscos e Minimização de Danos. [Decreto-Lei n.º 183/01, de 21 de Junho]. Lisboa: IPDT.

Roy, E. e col. (2007). Hepatitis C Meanings and Preventive Strategies among Street-Involved Young Injection Drug Users in Montréal. International Journal of Drug Policy, nº18 (2007).

Verster A. e Buning, E. (2003a). Key aspects of substitution treatment for opiate dependence. Netherlands: Eurometwork.

Verster A. e Buning, E. (2003b). INFO para planificadores de políticas sobre la efectividad del tratamiento sustitutivo en la dependencia de opiáceos. Netherlands: Eurometwork.

WHO, UNODC, UNAIDS (2004). WHO, UNODC and UNAIDS position paper: substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. France: WHO.

WHO (2005). Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users. France: WHO.

WHO (2007). Guide to Starting and Managing Needle and Syringe Programmes. Genève: WHO.

WHO (2008). Management of Common Health Problems of Drug Users. Índia: WHO.

Webster, R. e Release (2002). Safer Clubbing – guidance for licensing authorities, club managers and promoters. London : Home Office and London Drugs Policy em parceria com Release.

Winstock, A. R., Griffiths, P., Stewart, D. (2001). Drugs and the dance music scene: a survey of current drug use patterns among a sample of dance music enthusiasts in the UK. Drug and Alcohol Dependence, 64, 9-17.

ANEXO

Procedimentos para um consumo endovenoso com menos riscos¹⁵

Analisa-se em seguida a sequência de procedimentos necessários para o consumo endovenoso de uma substância, introduzindo simultaneamente os cuidados a ter para que este consumo envolva menos riscos e, conseqüentemente, acarrete menos danos. Considerou-se contudo pertinente identificá-los segundo o enquadramento sequencial de todo o processo necessário a um consumo menos inseguro.

Nas várias etapas do documento optou-se por enfatizar mensagens chave que se considerou serem oportunas no âmbito do tópico descrito. A forma, o conteúdo exacto e o contexto em que estas são transmitidas aos UDI (Utilizadores de Drogas Injectadas) que utilizam os serviços do projecto de RRMD decorrem por sua vez da avaliação efectuada pelos profissionais destes projectos sobre qual o formato mais indicado em cada circunstância e com cada UDI.

1. Condições prévias aos procedimentos de preparação da dose para injectar

1.1. Material necessário para o consumo

Para além da substância, é necessária a seringa, recipiente, filtro, água esterilizada, ácido cítrico/ascórbico. São ainda importantes os toalhetes para a limpeza da zona de injeção e fósforos ou isqueiro se for necessário aquecer. Todos estes materiais (com excepção da substância e dos fósforos/isqueiro) são disponibilizados ao UDI no kit de consumo asséptico no âmbito do Programa de Troca de Seringas. Por outro lado, é importante o acesso a água e sabão para a pessoa lavar as mãos antes de iniciar os procedimentos de preparação da dose.

A seringa

A seringa ideal (que torna a injeção mais confortável e menos arriscada) depende do tipo de substância a injectar, do local de injeção (por exemplo, as veias das mãos e dos pés são mais finas) e condições das veias. No âmbito do Programa de Troca de Seringas é disponibilizada uma seringa com uma agulha com dimensões intermédias, que permite a injeção em veias localizadas em diferentes partes do corpo.

O UDI deve ser sempre aconselhado a utilizar uma seringa nova para cada injeção. Mesmo para o seu próprio consumo, não deverá repetir a utilização da mesma seringa. As seringas facilmente ficam danificadas, tornando inclusivamente a injeção mais desconfortável. Para além

¹⁵ Fontes: Almendros e col. (2002); Blasco (s/ data); Harm Reduction Coalition (<http://harmreduction.org/idu/> site consultado a 26.11.2008). Este documento inclui os contributos do grupo de trabalho criado no âmbito do Programa de troca de Seringas para a elaboração do Manual de Boas Práticas do Programa de Troca de Seringas

do desconforto, podem-se causar lesões cutâneas e venosas dispensáveis, tornando a zona de punção mais susceptível a patologias. Por outro lado, a seringa utilizada pela primeira vez assegura uma assepsia muito superior à da seringa reutilizada, que pode entretanto ter ficado contaminada. É de salientar que em alguns casos os UDI necessitam de mais do que uma agulha para proceder à injeção pelo que o aconselhamento deverá contemplar este aspecto.

Por motivos de segurança, esta seringa deverá ser adquirida em projectos de RRMD com o PTS ou em farmácias, com este programa ou não (sendo neste caso a seringa comprada). O UDI deverá ser aconselhado a evitar adquirir uma seringa na rua, pois, ainda que lhe digam que esta é nova, tal pode não ser verdade e a seringa pode estar contaminada.

Sempre que adquiere uma seringa na rua ou se, em determinadas circunstâncias for de todo impossível obter uma seringa esterilizada, o seu processo de limpeza é o seguinte:

1º - Enxaguar várias vezes com água fria (a água quente faz com que o sangue coagule, tornando mais difícil a sua eliminação). No caso de ser uma seringa com vários componentes, convém separá-los para enxaguar melhor.

2º - Enxaguar a seringa com lixívia pura: encher o depósito e mantê-lo cheio por pelo menos 2 minutos, enquanto se abana a seringa. Deitar a lixívia fora.

3º - Enxaguar muito bem com água fria para eliminar todos os resíduos de lixívia.

O UDI deve contudo ser alertado para o facto de que nenhum método assegura com 100% de confiança a eliminação de todos os microrganismos seja da seringa ou do recipiente reutilizados, existindo sempre a possibilidade de transmissão dos vírus da hepatite B, C e VIH/SIDA, entre outros. Deste modo, este deverá ser sempre um procedimento de último recurso.

Aconselhamento:

- Usar sempre uma seringa nova para cada injeção
- Nunca partilhar a sua seringa
- Obter a seringa esterilizada em estruturas de RRMD ou na Farmácia
- Manter sempre a seringa com o invólucro até ao momento em que é necessária

Recipiente

Da mesma forma que para a seringa, o recipiente a utilizar para cada injeção deve ser novo mesmo que utilizado pela mesma pessoa. Guardar um recipiente da preparação de uma dose para outra significa sujeitá-lo a ficar sujo com impurezas que podem provocar trombos e embolias se passarem no filtro, e a ficar contaminado com microrganismos, que podem provocar

as diversas infecções já descritas, uma vez que a dose para injeção é preparada neste recipiente.

O recipiente a escolher deve ter profundidade/largura suficiente para conter a preparação da dose, deve ser de um material que permita o aquecimento (no caso das substâncias que se aquecem) e não deve ser demasiado leve uma vez que se corre o risco de se virar e entornar a dose a ser preparada, gerando uma situação de grande ansiedade para o utilizador (com possíveis implicações na necessidade rápida de arranjar dinheiro para adquirir de novo a substância se estiver em privação, o que compromete também a sua capacidade de gerir os riscos associados ao consumo).

Actualmente, o Programa de Troca de Seringas já disponibiliza dois recipientes (*clean cup*), que embora não sejam esterilizados, estão limpos. O UDI deve ser aconselhado a não os retirar do saco até ser de facto necessário, para não se contaminarem.

Se, por algum motivo, for absolutamente impossível obter um recipiente limpo através do Programa de Troca de Seringas, os procedimentos para a sua limpeza são genericamente os descritos para a seringa. Note-se que importa informar o UDI de que nenhum método de limpeza de material a reutilizar é completamente seguro no que respeita à possibilidade de propagação de microrganismos, nomeadamente os vírus das hepatite B, C e VIH/SIDA.

Aconselhamento:

- Utilizar sempre um recipiente novo para cada injeção
- Recorrer ao PTS para obtenção deste recipiente
- Nunca partilhar o seu recipiente
- Manter o recipiente sempre no saco, mexendo-lhe apenas quando necessário para preparar a dose

Filtro

Regra geral a passagem da substância no recipiente para a seringa é feita através de um filtro ou outro material absorvente. Desta forma, filtra-se a substância, evitando-se a passagem para a veia de pequenas partículas que possam estar imersas nesta, permitindo também aproveitar ao máximo a substância preparada.

Os melhores materiais para usar como filtro são os compostos exclusivamente por algodão porque é um material bastante absorvente, enquanto os materiais sintéticos por exemplo são pouco absorventes. Não se deve contudo utilizar o algodão correntemente vendido, sem ser

compactado, pois pode passar um fio para o interior da seringa e este ser injectado juntamente com a substância. Esta injeção provoca mal-estar e tremores.

Da mesma forma que para os restantes materiais, deve-se utilizar sempre um filtro novo para cada injeção. Este é também disponibilizado no âmbito do PTS. Os filtros não são laváveis e através da reutilização destes podem também ser transmitidas diversas infecções.

Alguns consumidores reutilizam os filtros usados quando não têm possibilidade de adquirir a substância para consumir, tentando extrair deste resíduos da injeção anterior. Esta acção é de maior risco uma vez que alguns fungos e bactérias sobrevivem e proliferam nos filtros, podendo causar infecções quando injectados.

Aconselhamento

- Usar sempre um filtro novo para cada injeção. Os vírus das hepatite B, C e VIH/SIDA podem também ser transmitidos através da partilha de filtros.
- Obter o filtro através do PTS
- Não tocar no filtro até quando é necessário
- Nunca partilhar o filtro

Água

A água é utilizada para dissolver a substância para injeção. Como tal, a opção mais segura consiste em utilizar água esterilizada. No âmbito do Programa de Troca de Seringas é disponibilizada água bidestilada em pequenas ampolas descartáveis, isto é, de utilização única.

Se não for possível utilizar água esterilizada ou bidestilada, a 2ª melhor opção consiste em ferver água durante pelo menos 10 minutos e colocá-la num recipiente fechado (depois de arrefecer), para utilização no próprio dia. Se também isto não for possível, a melhor opção consiste em usar água engarrafada. Note-se que não se devem usar soluções salinas uma vez que as substâncias não se dissolvem.

Por outro lado, é também necessária água (e sabão) para lavar as mãos antes e depois da injeção, evitando desta forma o contágio de doenças. Os toalhetes de álcool (70%) disponibilizados no âmbito do Programa de Troca de Seringas são também úteis para efeitos de limpeza.

Aconselhamento

- Usar água limpa para preparar a dose, preferencialmente as pequenas ampolas do PTS
- Não usar a seringa usada para retirar água do recipiente em que esta estiver contida

Ácido cítrico / Ácido ascórbico

É preferível usar ácido cítrico ou ascórbico, em pó ou granulado, do que o limão, uma vez que com este corre-se o risco de desenvolver uma infecção comumente conhecida como “febre do limão”. Tanto o ácido cítrico como o ascórbico permitem dissolver a heroína castanha, sendo que o ácido ascórbico é menos cáustico do que o cítrico, embora o cítrico tenha um maior poder de solubilidade.

O UDI deve ser aconselhado a usar o mínimo de ácido possível, uma vez que uma dose excessiva de ácido provoca uma sensação de ardor na veia, como se esta estivesse a queimar. O PTS já disponibiliza carteiras de ácido cítrico mas é necessário adequar a quantidade à dose utilizada.

Aconselhamento

- Não usar vinagre e é preferível não usar limão
- Nunca utilizar limão usado
- Adequar a dose de ácido cítrico/ascórbico à dose da substância a dissolver, tendo como referência que deve utilizar o mínimo possível

Garrote

O garrote é utilizado para atar o braço (no caso de a injeção ser numa veia deste membro) de forma a restringir a circulação sanguínea, fazendo com que as veias fiquem mais salientes, o que torna a injeção mais acessível e contribui para a manutenção da saúde das veias.

Convém utilizar garrotes elásticos (por exemplo, luvas de látex) ou *collants* pois estes magoam menos a pele, sendo uma melhor opção que os cintos. No caso de se utilizar um cinto, não se deve prender a fivela, prendendo o extremo do cinto com a boca, de forma a que se o utilizador adormecer ou se sentir mal quando injectar, liberte a pressão da boca e o garrote deixe também de fazer pressão (o cinto tem esta vantagem relativamente aos garrotes elásticos). Na utilização dos garrotes elásticos, convém fazer um nó simples, para que se solte facilmente.

O garrote deve ser colocado apenas quando tudo está preparado, pois não se deve manter apertado durante mais do que uns segundos dado que impede a normalidade da circulação.

Aconselhamento

- Ter sempre em atenção que depois de posto, o garrote deve ser muito fácil de desatar
- Utilizar o garrote durante o tempo estritamente necessário para inserir a agulha na veia

Fósforos ou isqueiro

Necessários para aquecer certas substâncias e diluir. O Isqueiro tem a vantagem de poder ser utilizado com apenas uma mão.

É fundamental aconselhar os utilizadores no sentido de terem sempre disponível o seu próprio equipamento novo, isto é, depois de usarem o anterior, trocarem as seringas pelo novo, sem estar à espera de adquirir nova dose. Reduz-se assim o risco de picadas acidentais com agulhas utilizadas bem como o risco de, uma vez em posse da substância, se consumir sem ser com material novo. A mensagem de que deve ser sempre utilizado equipamento novo para cada injeção é fundamental.*

1.2. Selecção do contexto para consumir

Regra geral, consumir substâncias em habitações ou dentro de edifícios é mais seguro do que consumir na rua pois está-se sujeito a menos interrupções (nomeadamente, violentas), para além de que as condições físicas e de higiene são tendencialmente melhores. Esta afirmação é válida para habitações que reúnam condições físicas adequadas (e não para casas abandonadas por exemplo), sendo de ter também em conta a orientação de que não se deve consumir sozinho.

O contexto ideal para proceder ao consumo injectado é aquele em que o utilizador:

- se sente seguro de que não ocorrerão interrupções inesperadas ou observadores indesejados
- tem o tempo necessário
- tem espaço adequado para todo o equipamento e para si
- tem acesso a água limpa
- está abrigado de condições meteorológicas como o vento
- está o mais limpo possível
- está acessível para o caso de necessitar de ajuda especializada

1.3. Selecção dos parceiros com quem consumir

A presença de uma pessoa de confiança no momento do consumo é um factor importante de segurança face a situações de sobredosagem aguda, podendo esta pessoa contactar o INEM.

1.4. Avaliação do estado de humor

Dentro do que é possível, deve-se aconselhar o utilizador para tentar manter a calma quando prepara a injeção para não correr o risco de entornar a substância do recipiente ou falhar a veia por exemplo. Consumir com alguma tranquilidade proporciona um efeito melhor e facilita a que sejam adoptadas práticas mais seguras (a escolha de um local seguro é particularmente relevante para que a pessoa se sinta tranquila quando vai consumir). Se estiver muito ansioso, é preferível o utilizador fumar ou *snifar* um pouco da substância antes.

2. Preparação da injeção

Cada vez que um objecto atravessa a pele estabelece-se uma ligação entre o exterior e o sistema interno, pelo que se deve ter muito cuidado com as condições em que esta situação é realizada.

Passos:

1. Lavar bem as mãos com água e sabão. Qualquer microrganismo que esteja nas mãos pode contaminar aquilo em que se toca na preparação da injeção. No caso de tal não ser possível, recorrer aos toalhetes disponibilizados.
2. Utilizar um local o mais limpo possível para que os utensílios não fiquem contaminados. Nunca segurar utensílios com a boca.
3. No caso de se injectar perto de outro consumidor, garantir que os utensílios ficam claramente separados dos do outro consumidor.
4. Preparar a dose

Este processo consiste na dissolução da substância que se encontra em estado sólido com água e ácido cítrico/ascórbico (caso necessário) para esta passar a estado líquido, mediante aquecimento (caso necessário), para poder ser injectada.

4.1. Retirar os utensílios do saco e colocá-los numa superfície nivelada e limpa. Note-se a este respeito que diversos vírus e bactérias (como o da hepatite C) podem sobreviver na superfície, criando-se assim as condições para a sua transmissão. Deste modo, os UDI devem ser aconselhados a não colocar o seu material numa superfície já utilizada por outros consumidores

4.2. No caso último de ser necessário recorrer a comprimidos, é imprescindível que estes sejam o mais moídos e posteriormente dissolvidos se possível

4.3. Misturar no recipiente a substância com a água e o ácido (se necessário) e aquecer (se necessário)

4.4. Depois de preparada a substância, utilizar então o filtro para a filtrar do recipiente para a seringa (destapar a seringa apenas imediatamente antes)

Há um conjunto de mensagens a propósito deste processo que importa transmitir aos UDI, designadamente:

- Não se deve partilhar qualquer tipo de material para consumo.
- Deve-se procurar não preparar de novo a mesma substância se esta tiver sangue pois este coagula e pode entupir a seringa.
- No caso de o UDI não estar a utilizar uma seringa esterilizada, convém aconselhá-lo a eliminar o ar que pode estar dentro da seringa ou agulha, evitando assim embolias. Para o efeito, deve-se empurrar o êmbolo até que saia uma gota pela agulha (que não deve ser puxada com a boca pois podem ficar alguns microrganismos na ponta da agulha, que depois passam para as veias). De facto, a saliva nunca deve ter contacto com os utensílios utilizados.
- Se o técnico se apercebe que determinados UDI vão partilhar a mesma substância, é importante aconselhá-los de que é mais seguro dividi-la logo, antes de a preparar, utilizando desta forma cada pessoa os seus próprios utensílios.
- Quando não é possível dividir a dose antes, pode-se utilizar um terceiro recipiente, água e ácido (que nunca tenham sido utilizados) e preparar a dose neste recipiente. Com uma seringa esterilizada, sem agulha, retira-se uma parte da dose para o recipiente de um dos utilizadores e outra parte para o recipiente do outro. Então, cada UDI utiliza a sua própria seringa e o seu filtro para puxar a substância do seu recipiente para injectar.
- Pelas razões já apontadas relativamente ao controlo da dose e das condições de higiene em que a injeção é preparada, é importante recomendar aos UDI para assumirem o controlo deste processo de preparação da dose para injectar.

5. Escolher o local de injeção

Tendo em conta os potenciais danos mencionados, aos quais se adicionam efeitos de consumo menos satisfatórios, importa aconselhar o UDI a não reutilizar o mesmo local até o devido restabelecimento da pele e da veia.

Este conselho é particularmente relevante no caso de o UDI injectar cocaína uma vez que há uma tendência para injectar mais vezes.

No caso particular de o UDI injectar mais do que uma vez consecutiva na mesma veia, é importante aconselhá-lo a deixar uma distância de no mínimo 2cm do anterior ponto de injeção de forma a permitir que pelo menos este se restabeleça.

Quando possível, um conselho relevante a dar ao UDI consiste em este deixar sempre uma veia por utilizar para situações de urgência médica em que seja necessário ter acesso rápido à veia para administrar medicamentos ou fazer colheita de sangue.

Hierarquia de opções para a selecção de um local de injeção

1ª – Braços

2ª – Mãos

As mãos são menos seguras do que os braços porque as veias são mais **finas** e delicadas, sendo mais provável que fiquem danificadas. Como a circulação é mais lenta nas mãos, a recuperação é também mais lenta. Deve-se injectar muito lentamente e, se possível, procurar usar uma agulha mais **fina**.

3ª - Pernas

As pernas apresentam um maior risco porque estas veias são mais susceptíveis à formação de trombos. A veia femoral é de acesso facilitado para injectar mas extremamente perigosa pois está junto da artéria e nervo femorais.

Para além deste aspecto, a danificação das veias das pernas é mais grave para o sistema do que as dos braços em virtude de terem um papel mais relevante no retorno do sangue para o coração. Deve-se injectar também muito lentamente. Note-se que a danificação das veias das pernas compromete a mobilidade.

4ª- Pés

As veias são também mais finas e próximas de cartilagens, nervos e tendões, o que dificulta a injeção. Como estão mais distantes do coração, a circulação é mais lenta e também a recuperação. Esta recuperação é também dificultada por se tratar de uma zona com muita transpiração e pouca circulação de ar (meias, sapatos). Também aqui se deve ter particular atenção em injectar muito lentamente.

5ª – Virilha e Pénis

É muito perigoso injectar em qualquer um destes locais. No caso de não efectuar a injeção adequadamente no pénis o utilizador pode ter uma erecção permanente muito dolorosa e/ou ficar mesmo com uma disfunção sexual.

6ª – Pescoço

A veia jugular no pescoço é a zona com maior risco do corpo para injectar uma vez que está muito perto da artéria carótida, que leva o sangue directamente para o cérebro. Injectar acidentalmente nesta artéria pode ser fatal, bem como os danos na veia jugular interferem com a circulação de sangue para o cérebro. Os abscessos e inflamações nesta zona podem danificar os tecidos e artérias próximas e transmitir rapidamente uma infecção para o cérebro.

Para melhorar a visibilidade das veias, pode-se

- colocar uma compressa quente por cima da zona durante cerca de 10 minutos
- Baixar os braços abaixo da zona do coração ou abaná-los em círculos
- Bater levemente na zona de injeção
- Esfregar a zona de injeção com um toalhete de álcool

6. Limpar o local de injeção

É muito importante a desinfecção do local de injeção, na medida em que ao se inserir a agulha se cria uma via aberta de entrada de microrganismos que estejam na superfície da pele directamente na corrente sanguínea.

Assim, deve-se passar com o toalhete embebido em álcool ou outro toalhete de limpeza numa determinada direcção (e não de forma circular, o que mantém os microrganismos no mesmo local). Para a limpeza da zona de injeção pode-se ainda lavar bem com água e sabão. Depois de desinfectada, não voltar a tocar na zona de injeção.

7. Colocar o garrote

Mexer os braços ou outra zona do corpo de forma a aumentar o fluxo de sangue na zona a injectar. Atar o garrote, garantido que pode ser facilmente removido.

8. Inserir a agulha

Inserir a agulha com o bisel para cima (num ângulo de 30º a 45º), na direcção do coração.

Quando o UDI tem a convicção de que a agulha está na veia, deve puxar o êmbolo ligeiramente para ver se traz sangue para a seringa. Se trazer e este for de um vermelho escuro e de movimento lento, tem-se a confirmação de que se está na veia. Se for de um vermelho vivo, sentir um fluxo com maior movimento ou sentir a pulsação no local e uma sensação de queimadura, é porque está a atingir uma artéria. Se não sair sangue nenhum e experimentar uma dor profunda e aguda, é por acertou num nervo. Isto pode ser muito grave uma vez que há um risco elevado de paralisia ou mesmo de perda de um membro. A injeção numa artéria pode também ser muito perigosa, uma vez que o sangue corre com muita pressão e será muito difícil estancar a hemorragia.

Se falhar a veia, o UDI deve desatar o garrote e retirar a agulha e esperar um pouco até reiniciar o processo. Se o UDI acertar numa artéria, deve levantar a zona do corpo acima da cabeça, se

possível, para ajudar a parar a hemorragia e pressionar a zona de injeção durante pelo menos 10 minutos. Se a hemorragia persistir, deve-se atar firmemente esta zona e procurar ajuda médica.

Se atingir a veia, o UDI pode então desatar o garrote e injectar a substância. Se por alguma razão o utilizador tirar a agulha da veia, deve depois utilizar outra quando voltar a injectar.

No caso de se estar a injectar cocaína, estes procedimentos devem ser feitos com uma atenção particular uma vez que esta substância provoca a contracção das veias.

9. Desatar o garrote

Depois de injectar, o UDI pode então retirar cuidadosamente a seringa no mesmo ângulo em que esta foi colocada. Pressionar então o local de injeção para parar a hemorragia, preferencialmente com um tecido limpo (como a gaze por exemplo) e que não liberte fibras.

10. Limpeza do local de injeção

Depois de pressionar o local de injeção, e assegurando que a hemorragia está estancada, este deve ser limpo com o toalhete. A aplicação posterior de um creme facilita a cicatrização.

11. Destino do material utilizado

Depois de injectar, o UDI nunca deve deixar material ao abandono, que poderá lesionar alguém indevidamente ou até ser utilizado por outra pessoa para consumir, criando-se aqui um risco de propagação de doenças infecciosas. A seringa deve ser acondicionada de forma a não haver um risco de picada acidental, para depois ser entregue no projecto com Programa de Troca de Seringas, tal como os restantes materiais, para que não fiquem acessíveis ao manuseamento ou utilização por terceiros. Actualmente, o Programa de Troca de Seringas disponibiliza um tubo para o efeito.

12. Lavar as mãos

Procedimentos para um consumo fumado de heroína e cocaína com menos riscos¹⁶

Introdução

Analisa-se a sequência de procedimentos necessários para o consumo fumado de heroína e cocaína, introduzindo cuidados a ter para que este consumo envolva menos riscos e, conseqüentemente, acarrete menos danos. Considerou-se, porém pertinente, à semelhança do consumo endovenoso, identificá-los segundo o enquadramento sequencial de todo o processo necessário a um consumo menos inseguro.

1. Condições prévias aos procedimentos de preparação da dose para fumar

1.1. Material necessário para consumo

Para o consumo fumado de heroína e/ou cocaína é necessário papel de estanho e isqueiro. Em alternativa, a cocaína, quando usada isoladamente, pode ser consumida com recurso a uma espécie de cachimbo conhecido na gíria por “caneco” (ver fotografias 1 e 2).

Em Portugal não existem kits para fumadores de heroína e cocaína, no entanto há equipas de redução de riscos no Norte do país que já implementam Programas de troca/disponibilização de papel de estanho. Este tipo de resposta para consumidores por via fumada pretende diminuir os riscos desta forma de consumo, através da diminuição da partilha de material e da divulgação de informação acerca de práticas mais seguras, podendo estimular a alteração da via de administração.

Em relação à via endovenosa, a via fumada:

- Oferece menos riscos do ponto de vista do contágio de doenças infecciosas;
- Oferece menos riscos de situações como a endocardite, embolia, colapso de veias, úlceras, septicemia...
- Pode diminuir o risco de overdose uma vez que a absorção da substância pelo organismo é mais lenta (ao invés de entrar directamente na corrente sanguínea é filtrada primeiro pelos pulmões);
- Permite uma melhor gestão do prazer e avaliação da qualidade do produto por ser um consumo mais gradual;
- É um tipo de consumo que permite uma maior socialização.

¹⁶ Fonte: Grupo de Trabalho do R3

No entanto, é importante salientar que o uso fumado destas substâncias não está isento do risco de contágio de doenças infecciosas. É possível, por exemplo, a transmissão de algumas infecções pulmonares através da partilha do mesmo tubo e, além disso, o consumo fumado pode ser mais danoso do que o endovenoso para o sistema respiratório causando, por exemplo, a contracção e irritação das vias respiratórias e o aumento da produção de expectoração¹⁷.

Papel de estanho

Deve ser 100% alumínio como o que é distribuído internacionalmente em alguns kits para fumadores¹⁸. Não sendo possível o uso dum papel deste tipo, será mais indicado recorrer ao rolo de folha metalizada de cozinha, o mais espesso possível para que não rompa com o calor. Pela mesma razão deve evitar-se o papel de estanho que envolve chocolates e outros artigos alimentares ou os maços de tabaco.

“Caneco”

Deve ser de um material resistente ao calor, como o que é distribuído internacionalmente em alguns kits para fumadores, para que não liberte substâncias nocivas aquando do seu aquecimento, como acontece por exemplo com o plástico.

1.2. Selecção do contexto e parceiros para consumir

Aplicam-se as mesmas considerações que as enunciadas a propósito do consumo endovenoso.

1.3. Avaliação do estado de humor

Aplicam-se as mesmas considerações que as enunciadas a propósito do consumo endovenoso.

2. Preparação do consumo

2.1. Em papel de estanho

Aplicam-se também a este nível as diversas considerações relativas a cuidados de higiene, enunciadas a propósito do consumo endovenoso, tendo em conta que o material é diferente.

¹⁷ A heroína reduz a sensação de irritação na garganta (é um antitússico), inibindo a expulsão da expectoração, o que provoca a sua acumulação nos brônquios, podendo causar pneumonia em pessoas fisicamente debilitadas e expostas a condições climatéricas adversas (Kanhai, K., 1992).

¹⁸ Para visitar um exemplo: www.exchangesupplies.org/foil.

Asseguradas as condições de higiene necessárias, deve-se cortar o papel de alumínio no tamanho necessário, o que depende da preferência de cada utilizador. Antes de colocar a substância, a folha deve ser esticada para que esta deslize facilmente, e ligeiramente aquecida em toda a sua extensão para eliminar a fina camada de plástico que a reveste. É ainda necessário fazer um tubo de aspiração podendo ser utilizado também papel de estanho.

Após este procedimento, colocar a substância sobre o papel de estanho, aquecê-la com o isqueiro, fazê-la deslizar e ir aspirando com o tubo o fumo libertado. Uma chama mais pequena facilita a aspiração do fumo e um maior aproveitamento da substância, evitando desperdícios.

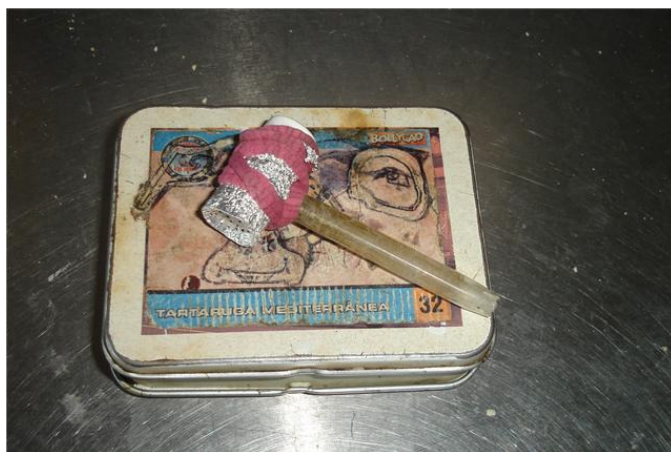
No caso de partilha de dose é importante nunca compartilhar o tubo de aspiração, para evitar a possível transmissão de doenças infecciosas. Não é aconselhável a reutilização do papel de estanho, anteriormente aquecido.

2.2. No “caneco”

Para o consumo de cocaína no “caneco” é necessário pôr uma pequena quantidade de papel de estanho, que deve ser perfurado com uma agulha, no orifício onde será colocada a substância. Em seguida, deve acrescentar-se cinza de tabaco em cima do papel de estanho, e depois adiciona-se o produto que se aquece com a chama do isqueiro à semelhança do que se faz com num cachimbo normal.

Tal como foi referido em relação ao tubo de aspiração, é importante nunca partilhar o “caneco” para evitar a possível transmissão de doenças infecciosas.

Fotografia 1



Fotografia cedida pelo projecto SMACTE, do Centro Social de Paramos

Fotografia 2



Fotografia cedida pelo projecto SMACTE, do Centro Social de Paramos