

Redução de danos: uma práxis produtora de desestigmatização

Harm reduction: a productive praxis of deestigmatization

Maria Eduarda Brito Camargo, Barbara Sinibaldi

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo compreender como ocorreu a construção de saberes em relação aos usuários de álcool e outras drogas, e promover um novo olhar em relação a esse público através de reflexões sobre o preconceito e estigma, bem como a importância de propostas alternativas de tratamentos que visem à promoção de saúde. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a referida temática, problematizando como, ao longo do tempo, o imaginário social acerca do usuário de drogas foi se modificando. Além disso, propôs-se uma reflexão acerca dos preconceitos e estigmas em relação a esse público, apresentando novas propostas alternativas de tratamentos. Conclui-se, a partir da revisão bibliográfica realizada, que o imaginário social acerca do usuário de drogas foi constituído por mitos acerca das drogas ilícitas e dos sujeitos que as utilizam.

Palavras-chave

Preconceito, Estigma, Redução de danos.

Abstract

This research has as a main goal, to understand the building of knowledge regarding the users of alcohol and other drugs, providing a new view on this group making use of reflection on the prejudice and stigma, and also the importance of alternative proposals of treatment aiming effective health. Hence, a bibliographic review about the theme was accomplished analyzing how the social consciousness concerning the drug users, has changed over the years. Besides, a reflection referring to prejudice and stigmas towards this group was made, presenting new alternative proposals of treatments. It is concluded that, from the bibliographic review performed, the social consciousness on the drug users has been built made up of myths regarding the illegal drugs and its users.

Keywords

prejudice, stigma, harm reduction.

Maria Eduarda Brito Camargo

Faculdades Integradas de Ourinhos.

Graduada de Psicologia das Faculdades Integradas de Ourinhos - UNIFIO.

me.britargo@gmail.com

Barbara Sinibaldi

Faculdades Integradas de Ourinhos.

Graduada em psicologia pela Faculdades de Ciências e Letras de Assis - UNESP, Mestra (mesma faculdade) e atualmente docente no Centro Universitário das Faculdades Integradas de Ourinhos - UNIFIO.

sinibarbara@gmail.com

Introdução

O presente trabalho visa compreender como se deu a construção do imaginário social acerca dos usuários de álcool e outras drogas e como essa concepção influencia o trabalho dos profissionais da área da saúde. A partir disso, promover um novo olhar em relação a esse público através de reflexões sobre os preconceitos e estigmas, bem como apresentar a importância de propostas alternativas de tratamentos que visem à promoção de saúde, autonomia e inserção social dos usuários de drogas.

Desta forma, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a temática mencionada, problematizando como, no decorrer da história, o imaginário social acerca do usuário de drogas foi se modificando. Além disso, foi realizada uma reflexão sobre como os preconceitos e estigmas em relação a esse público, tem influenciado seu modo de viver.

Em síntese, diante da complexidade desse assunto e práticas disciplinadoras que visam apenas à abstinência, este trabalho também apresenta propostas alternativas como a Redução de danos para a efetivação de um tratamento pautado nos direitos humanos e na integralidade dos sujeitos.

Preconceito e estigma em relação aos usuários de álcool e outras drogas

Segundo Carvalho (2011), as substâncias consideradas ilícitas são vistas como inimigas da população, além disso, são constantemente associadas tanto ao crime organizado quanto à violência, sendo essas associações recentes na história da humanidade. Nesse sentido, podemos perceber que o assunto acerca do fenômeno drogas é uma construção da própria sociedade, com um efeito muito negativo.

De acordo com Lima et al. (2007), alguns profissionais da saúde também demonstram dificuldade de lidar com os usuários de drogas, pois são considerados um dos tipos de pacientes mais difíceis de se atender. Inclusive, esses profissionais apresentam ter limites tanto pessoais quanto técnicos para lidar com essa demanda. Estes autores acreditam que possa haver uma hierarquização nos serviços de saúde, considerando este público como complicado, o que se assemelha ao uso de drogas visto como uma complexidade para a assistência nesse âmbito.

Foucault (1997) em sua obra “Vigiar e punir: nascimento da prisão”, já dizia que as práticas disciplinares têm como objetivo tornar o sujeito produtivo, não somente no sentido fabril, mas também no sentido de produzir subjetividades. Na verdade, espera-se que o sujeito saiba o que fazer, que cumpra as normas já estabelecidas, inclusive, que seja um corpo dócil. Por isso, muitas vezes, os usuários de álcool e outras drogas sofrem, pois são considerados como aqueles que desviam da norma, que não são produtivos para a sociedade, portanto, sofrem preconceito por conta de suas diferenças e escolhas.

Houve, durante a época clássica, uma descoberta do corpo como objeto e alvo de poder. Encontraríamos facilmente sinais dessa grande atenção dedicada então ao corpo — ao corpo que se manipula, se modela, se treina, que obedece, responde, se torna hábil ou cujas forças se multiplicam (FOUCAULT, 1997, p.3).

Os autores Bucher e Oliveira (1994), falam que, de acordo com as análises de poder existente no discurso de “combate às drogas”, existe um

processo disciplinar relacionado a um contexto muitas vezes autoritário, repressivo e discriminatório. Na verdade, há por trás disso, um trabalho político e policial, que tenta manter um ideal de harmonia social, sustentando as relações de forças entre alguns grupos sociais.

Nesse sentido, é possível afirmar que, o termo drogas é usado indiscriminadamente, pois leva o leitor categorizá-la somente como drogas ilícitas, e ainda com uma conotação moral fazendo associações à marginalização, a posse, apreensão, entre outros, excluindo então o vínculo destas com as drogas lícitas e outros produtos aceitos perante a lei. Assim, foi criado um efeito de que a droga ilegal é um problema, no entanto, não considera que elas são usadas para outras finalidades como a de beneficiar a indústria farmacêutica e comércio de substâncias lícitas (BUCHER; OLIVEIRA, 1994).

Diante do exposto, essa discussão faz refletir sobre uma construção de saber sobre as drogas e por isso são consideradas maléficas, e estas são vistas como uma ameaça de condutas desviantes que possa vir a afetar a sociedade, por isso há uma intervenção de controle e exclusão.

Boarini e Machado (2013) afirmam que várias políticas foram criadas com objetivo de visar o fim das drogas. Desta forma, as táticas de repressão, as novas leis e prisões compulsórias relacionadas às drogas, entre outras, criadas pelos Estados Unidos, foram adotadas em diversos países, inclusive, no Brasil. Assim, em nosso país por exemplo, podemos perceber que o aparato policial e espaços prisionais tiveram um aumento absurdo, e não solucionou o “problema”.

Sabe-se que, no Brasil, as políticas públicas foram pautadas a partir da lógica do Proibicionismo, a qual visa à eliminação das drogas, no entanto, os resultados de políticas repressivas como esta não foram e não são positivos, por isso, abriu espaços para que novas propostas surgissem como a política de Redução de danos, por exemplo, com o objetivo de reduzir os efeitos danosos ligados a dependência química sem utilizar o recurso repressivo de abstinência. O fracasso de intervenções consideradas disciplinadoras se deve diretamente à moralização de condutas, ao impor abstinências, corrigir valores e a não considerar a singularidade do sujeito (DANTAS et al., 2012).

A respeito do uso abusivo das drogas, Souza et al. (2016, p. 576) falam

As ações para o enfrentamento do problema a respeito do uso abusivo de drogas devem incluir, em sua formulação, diversas instituições, trabalhando na perspectiva da intersetorialidade e da interdisciplinaridade, compartilhando a responsabilização pelos cuidados a essa população com diversos segmentos da sociedade.

Foucault (1976) nos apresenta também a biopolítica, outra tecnologia que vai atuar sobre a espécie humana. O autor diz que na biopolítica haverá regulamentação dos processos vitais, assim, faz-se necessário pensar em massa, na população e em todos os corpos juntos. Um fenômeno coletivo visa o controle da saúde, das questões biológicas e a gestão da vida. Nesse sentido, a biopolítica vai regular todas as questões que envolvem a espécie humana. O foco dos mecanismos reguladores é desenvolver políticas públicas em relação às doenças para acabar com a morte, ou, reduzi-la.

Antes, com a disciplina, havia uma gestão individual de controle da população, mas com a passagem para as biopolíticas, tornaram-se necessárias as construções de políticas públicas para atender toda população. Desse modo, as políticas públicas passaram a existir através da preocupação do Estado com a vida da população. Direitos também foram construídos a fim de garantir os fatores importantes para

investimentos, como liberdade de expressão, saúde, educação, entre outros (GUARESCHI et al., 2010).

Vale ressaltar que, todo esse processo atravessa o sujeito e produz subjetividades. Assim, nos faz pensar se as políticas públicas e os direitos são respeitados de fato e como os usuários de álcool e outras drogas são vistos pela sociedade.

No que diz respeito à governamentalidade das drogas, Carvalho (2011) fala que houve a elaboração de leis e normas a fim de conduzir as pessoas a respeito do comércio e consumo de certas substâncias. Na verdade, há uma racionalidade estabelecida pelo Estado como “jogos de verdades” que fazem com que pessoas enxerguem o uso de algumas substâncias para além do ilegal, e sim como algo prejudicial, negativo, anormal, entre outros adjetivos negativos.

Faz-se necessário salientar que a razão de Estado na forma de políticas públicas é o aperfeiçoamento dessa arte de governar, as campanhas nacionais “contra as drogas”, os programas de prevenção “ao uso indevido de drogas”, ou de “redução de danos”, presentes nas políticas educacionais e sanitárias, compreendem a mobilidade da governamentalidade. Por outro lado, não se pode negligenciar a chamada “guerra às drogas”, artifício utilizado para “corrigir” aqueles que se recusam a ser governados, para estes a razão de Estado tem sido implacável (CARVALHO, 2011, p. 9).

Diante do exposto, é possível afirmar que esses sujeitos são alvos do biopoder e devem aprender modos de agir e pensar em vários momentos das suas atividades sociais. Nessa perspectiva, são considerados como uma espécie, um corpo biológico que passa a ser alvo de estratégias de governo. O papel das tecnologias, disciplina e biopolítica que Foucault cita, é o de produzir subjetividades através das várias estratégias do biopoder (GUARESCHI et al., 2010).

Pode-se perceber que o sujeito não é totalmente livre para fazer suas escolhas, visto que o Estado com suas políticas públicas analisa o que é melhor para vida da espécie como se fossem totalmente eficazes. Além disso, é nítido que o preconceito está presente no cotidiano dos usuários de álcool e outras drogas, além das “verdades” construídas ao longo da história acerca deste público, que os fazem carregar esta marca de pessoas anormais, desviantes e até marginais.

De acordo com Goffman (1988), a própria sociedade cria formas de categorizar as pessoas e estas ficam conhecidas por seus atributos, é como se elas acabassem possuindo uma “identidade social”. No entanto, a sociedade não percebe que está transformando-as em expectativas normativas, e, ainda, ignoram que fazem tais exigências. A questão, é que o tempo todo faz afirmativas sobre aquele que está à nossa frente, como ele deveria ser e agir. Ao fazer isto, é como se imputassem uma identidade social virtual nessas pessoas. Mas, na verdade o que elas carregam, suas características e realidade são o que as fazem possuir uma identidade social.

Vale destacar, que essas pessoas marcadas por seus atributos, são vistas como negativas e menos desejável por suas diferenças. Em alguns casos, são consideradas estragadas e isso tem um efeito de descrédito enorme. Goffman (1988) afirma que estas características são chamadas de estigma, principalmente, quando estas afetam negativamente o sujeito. O termo estigma então é usado quando em referência a uma característica, atributo muito depreciativo.

Ronzani e Furtado (2010), dizem que o estigma social causa grande impacto na vida da pessoa que sofre algum descrédito, e ela pode acabar

sendo desvalorizada em determinado contexto social. Desta forma, por causa de suas características vistas como negativas, em alguns momentos, podem ter como resultado o enfrentamento ou fuga quando se sentem prejudicados. Na verdade, os autores afirmam que no processo da formação do estigma, as características negativas são reconhecidas tanto pelo grupo externo quanto pelas pessoas que são portadoras do estigma, com isso, geram nelas crenças e sentimentos em relação às tais características.

Uma das áreas em que o estigma social se faz mais presente é a saúde mental, e isso tem influenciado de forma direta e indireta no tratamento, qualidade de vida e saúde dessas pessoas. O uso do álcool e outras drogas, por exemplo, é considerado uma das condições mais moralizantes do mundo. Desde há muito tempo, aqueles que fazem uso dessas substâncias são classificados por fazerem “uso social” ou por serem considerados “dependentes”. Percebe-se o forte estigma carregado de conotações morais relacionados a esse público quando recebe um diagnóstico de alcoolista e/ou dependente de outras drogas (RONZANI; FURTADO, 2010).

Souza et al. (2016) afirmam que um dos focos da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas é a desconstrução dos estigmas relacionados aos usuários. Ao longo do tempo, em vários países, o uso excessivo de álcool e outras drogas tem ocasionado um alto índice de estigmatização e moralização.

Para Silveira et al. (2011), a estigmatização acontece como um processo dinâmico e contextual, construído pela sociedade, moldadas por questões históricas e sociais numa interação entre o estigmatizador e o estigmatizado. Assim, tal processo acaba por gerar consequências tanto sociais quanto pessoais nos diversos âmbitos como cognitivo, afetivo, entre outros, fazendo como que a pessoa se sinta muito inferiorizada. Percebe-se então, que os usuários de álcool e outras drogas são diretamente afetados por esse processo excludente, o qual reflete diretamente na produção de subjetividades desses sujeitos que se colocam nesse lugar.

Os usuários de álcool e outras drogas são vistos como desviantes e, mesmo sem querer, carregam essa marca construída pela sociedade, sendo considerados como não merecedores de respeito. Para tanto, diante dessas situações o papel dos psicólogos e profissionais da saúde é ir além do olhar para o corpo do sujeito, e sim oferecer uma escuta que visa compreender sua história de vida, suas marcas e cicatrizes que vão além do problema de uso da droga. Assim, a forma com que os profissionais da saúde vão se relacionar com esse público, fará toda diferença nesse processo tão complexo. O sujeito que está sofrendo precisa de cuidados ao invés de ser estigmatizado.

Surgimento histórico da redução de danos no Brasil

De acordo com Andrade (2004), a Redução de danos ganhou maior visibilidade na década de 1980, devido às práticas de prevenção a AIDS e Hepatite, entre os usuários de drogas injetáveis.

Ribeiro (2013) destaca que, em 1970, os usuários, antes de passarem a usar drogas injetáveis, tinham como droga as anfetaminas, as quais eram livremente adquiridas em farmácias. No entanto, com a sua proibição, é que começaram a usar cocaína injetável, e nesse momento, houve uma mudança explicável por conta de ser estimulante com efeitos parecidos aos da anfetamina, e por haver maior disponibilidade da droga no mercado ilícito.

O autor afirma que, a partir daí, com a epidemia da Aids, começaram a pesquisar e identificar o crescimento do número de casos entre usuários de

drogas injetáveis nas cidades que integravam rotas de tráfico de cocaína. Sendo assim, a cidade de Santos passou a ser destaque diante desse contexto, pois, devido à sua localização estratégica, passou a ser uma das principais opções de rotas de escoamento das drogas para os mercados externos. Esse acontecimento causou grande impacto na saúde pública do município, inclusive, a partir de 1988, a cidade liderou por anos o ranking de números de casos de AIDS.

Diante desse quadro, no Brasil, a Redução de danos foi adotada pela primeira vez como estratégia de saúde pública na cidade de Santos em 1989 devido ao alto índice de transmissão de HIV, ligados ao uso indevido de drogas injetáveis (MESQUITA *apud* PASSOS; SOUZA, 2011). Os autores afirmam que inicialmente a Redução de danos tinha como proposta a estratégia de prevenção do HIV entre os usuários de drogas injetáveis pelo Programa de Troca de Seringas (PTSs) – onde havia a troca de seringas novas pelas usadas.

Lancetti (2016) ressalta que não é a toa que no Brasil, a primeira experiência de Redução de danos tenha sido iniciada na cidade de Santos, pois a cidade estava sendo transformada em um laboratório de invenção de políticas públicas. O autor descreve que, no período de 1989 a 1996, Santos foi a primeira cidade do Brasil que ficou sem manicômios, que começou a reverter o quadro de contágio pelo vírus da Aids (epidemia da época), a pioneira na criação de programas de assistências domiciliares, bem como a primeira que inventou metodologia de trabalho para lidar com dependentes do crack, entre outros, e por fim, a primeira cidade a começar a distribuir seringas descartáveis gratuitas. No entanto, essas experiências ocorreram em um clima de confronto e de uma postura radical para a defesa da vida.

Vale destacar que, a divulgação precipitada da proposta da Redução de danos pelas vias de comunicação do país, gerou grande polêmica e fez com que houvesse a intervenção de instâncias formais como a Polícia e o Ministério Público. As ações penais viram as ações públicas como condutas penalmente típicas, pois estavam relacionadas a induzir ou, até mesmo, auxiliar alguém a usar substâncias psicoativas, impondo a penas que poderiam variar de três a quinze anos de reclusão. Por conta dessa interpretação foi instaurado um inquérito policial contra os coordenadores do projeto e o Secretário da Saúde do município, mas diante da assinatura de um Termo de Ajustamento de Conduta pela municipalidade, este foi interrompido, e o inquérito foi arquivado (RIBEIRO, 2013).

Devido à impossibilidade da retomada ao projeto original, em 1990, a organização não governamental Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS, em Santos, (IEPAS), teve a iniciativa de distribuir seringas estéreis para os usuários de drogas injetáveis, desta forma, ensinavam a limpar suas seringas com hipoclorito de sódio e a não compartilharem seus equipamentos (TISOTT et al., 2015).

Foi necessário o decurso de seis anos, a partir da iniciativa pioneira de Santos, de intensos debates e embates, para que, em março de 1995, o primeiro programa de troca de seringas, sediado no CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, na cidade de Salvador, pudesse efetivamente ser operacionalizado. Dado relevante que certamente contribuiu para a aceitação desse projeto foi à circunstância de ele estar alocado num centro de estudos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. A partir de então, esse modelo institucional passou a ser o mais comumente adotado para a implantação dos programas de redução de danos (RIBEIRO, 2013, p. 53).

A partir daí, houve a necessidade de que a Redução de danos se tornasse uma política nacional e deixasse de ser uma ação pontual de

Santos, visto que havia vários casos de AIDS no Brasil. Em 1996, foi fundada a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), que mobilizou redutores de danos e usuários de drogas para se organizarem politicamente, e virem a fundar várias ONGs. Assim, com a direção política da ABORDA fez com que os redutores de danos alcançassem maior autonomia para administrar as políticas de Redução de danos (PASSOS; SOUZA, 2011).

Ribeiro (2013) afirma que, o ano de 1998 também foi importante para o desenvolvimento das estratégias de Redução de danos no Brasil, inclusive, o país sediou a IX Conferência Internacional de Redução de Danos e, durante a sua cerimônia foi anunciada sanção pelo Governador do Estado de São Paulo, da Lei Estadual n. 9.758/97, sendo a primeira lei no país que regulamentou e autorizou as ações de trocas de seringas no Estado. Essa Lei paulista marcou uma nova etapa para a história da Redução de Danos no país, pois fez com que as estratégias fossem legitimadas como política pública e que surgissem novas leis tanto estaduais e municipais. A REDUC – Rede Brasileira de Redução de Danos, organização de caráter nacional, foi fundada em 1998 e fortaleceu, para que os programas se multiplicassem com seu apoio.

Atualmente, a Redução de Danos é uma política oficial da Secretária Nacional de Políticas sobre as Drogas – SENAD e também do Ministério da Saúde, atuando em conjunto com o Programa Nacional de DST/AIDS (SIQUEIRA, 2014).

O Ministério da Saúde na Portaria GM 1.028 de 2005, regulamenta as ações destinadas à Redução de Danos Sociais e à Saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas. E a SENAD o faz na regulamentação da nova Política Brasileira sobre Drogas [...]. Com isto define que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas por meio de ações de saúde, dirigidas a usuários de drogas que não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na demanda ou no consumo (SIQUEIRA, 2014, p. 71).

Em complemento, Ribeiro (2013) diz que a SENAD nos termos da Resolução n. 3/CONAD, ao enunciar os pressupostos ideológicos da nova Política Nacional, a Resolução tem como objetivo deixar claro que as estratégias de Redução de danos é a de prevenção, e não de incentivo ao uso indevido de drogas. Além disso, o autor diz que com o avanço das ações práticas, do debate social e político refletiram na legislação, que faz surgir a segunda geração de leis de redução de danos que se preocupa com o cidadão que usa drogas e seus direitos, e a lei que estabelece isso, é a Lei Estadual Paulista n. 12.258, de 09 de fevereiro de 2016.

Em resumo, a partir do que foi descrito, a implementação das estratégias de Redução de danos é um processo complexo e cotidiano, visto que o Estado e a própria sociedade está fortemente pautada na lógica da abstinência e do proibicionismo, essencial ressaltar que as propostas pautadas nessa estratégia visam, sobretudo, oferecer aos usuários de álcool e outras drogas um tratamento que considere sua autonomia, seus direitos e principalmente, a promoção de saúde.

A importância das estratégias da redução de danos no âmbito das políticas públicas

Neste caminho que segue a intersecção entre o social e o individual Para Lancetti (2016), a Redução de danos é considerada uma política e uma prática de saúde pública que, por sua vez, estabelece vários procedimentos destinados a reduzir as consequências adversas do consumo de drogas. Sendo assim, como política é claramente oposta ao que prega a política de combate às drogas, baseada na criminalização, com o intuito de eliminar as drogas. Já como prática de saúde pública, está em harmonia com as experiências sanitárias que procuram defender a vida.

Em complemento, Ribeiro (2013) afirma que na óptica da saúde pública, a política de Redução de danos é conceituada como um conjunto de estratégias que tem o objetivo de minimizar os danos causados pelo uso de diversas drogas, sem exigir obrigatoriamente a abstinência de seu uso. O autor destaca que a abstinência pode vir a ser uma consequência das estratégias dessa política, no entanto, com sua proposta outros agravos à saúde podem ser evitados, como, por exemplo, as doenças infectocontagiosas transmissíveis por via sanguínea.

Andrade (2004) diz ainda que as ações da Redução de danos se pautam em três princípios básicos, que são: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade. No que se refere ao pragmatismo, a Redução de danos possui objetivos claros como prevenir a infecção pelo HIV e, quando contestada à luz da moral (pela religião e preconceito), se mantém firme como prática de saúde pública com o seu objetivo maior de preservar a vida. Já sobre a tolerância, esta possui um princípio fundamental que é o respeito aos usuários de drogas pelo direito ao consumo de suas substâncias, direito este que, às vezes, é resguardado pela legislação, mas interdito pelo preconceito e pela atenção excessiva na repressão de drogas ilícitas.

Quanto à diversidade, o autor fala que está relacionada às diversas práticas da Redução de danos em função das várias possibilidades entre as populações dos usuários, dos recursos técnicos e diferentes drogas. Por exemplo, essas práticas podem incluir desde a troca de seringas usadas por novas, até a inclusão outras ações da Redução de danos como medidas de segurança diante do consumo de bebidas alcoólicas que entre os passageiros de um mesmo veículo, tenha uma pessoa que não beba e possa dirigir com segurança.

Por fim, ao contrário do que se prega o modelo proibicionista-punitivo, o qual não considera a complexidade do fenômeno drogas e, visa apenas à erradicação da produção e o consumo das drogas chamadas de ilícitas, a Redução de danos se fundamenta nos exercícios de cidadania, ao respeito de direitos humanos e à saúde. Com isso, houve uma multiplicação de programas de redução de danos e uma ampliação conceitual para uma política humanista que visa uma melhora do quadro geral da pessoa que usa drogas, assim, a ideia é que façam os menores danos possíveis em relação a sua saúde, física e mental, sua vida pessoal, trabalho e a própria sociedade (RIBEIRO, 2013).

Contudo, o autor menciona que, é de suma importância que o sujeito saia do lugar que a sociedade o colocou como o estigma de maconheiro, marginal, dentre outros, e que possa assumir o lugar de um sujeito de direitos e que seja protagonista de sua história, sendo responsável pelas modificações de melhoria da sua vida.

As estratégias da Redução de danos vêm ganhando espaço no âmbito das políticas públicas no Brasil. Pode-se dizer que ela passou de uma prevenção exclusiva da AIDS para uma concepção de Redução de danos sociais e à saúde, sendo assim, suas ações devem ser planejadas de acordo com o contexto e demanda sociocultural em que vão ser aplicadas. Vale destacar, que a estratégia deveria ocorrer a partir de um trabalho intersetorial conforme preconiza as políticas públicas, no entanto, esse é o

seu desafio no cenário em que o debate sobre as drogas, saúde e segurança pública ainda são opostos, há a oscilação entre prevenção e repressão (MACHADO; BOARINI, 2013).

A Política Nacional sobre o Álcool e outras Drogas tem como base a Legislação do SUS – Sistema Único de Saúde, e através da construção de uma sociedade para a democratização no Brasil, esse sistema nos deu o direito universal ao acesso a saúde. Desta forma, a Política de Redução de Danos tem se destacado com uma diretriz de cuidado com as pessoas que usam drogas, pautando-se no protagonismo do sujeito, no respeito às diferenças, bem como na sua autonomia e acesso aos serviços. Para a eficácia dessa política, é importante que haja um compartilhamento de responsabilidades entres os diferentes segmentos, gestor, trabalhador, usuário, família, e toda a sociedade numa ação conjunta, formando uma rede de cuidados envolvendo todos os setores (SANTOS, 2010).

Fonseca (2012) afirma que, a partir de 2004, a Redução de danos passou a ser considerada uma estratégia na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. O foco dessa estratégia pública de Saúde não é só a respeito dos Programas e ações da Redução de danos, mas sim na constituição de ações que transversalizam os serviços de assistência do SUS, principalmente, os serviços de saúde mental como o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial e os serviços de atenção primária como ESF – Estratégia da Saúde e Família.

A indicação do CAPS AD – Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas, foi considerada um dos marcos institucionais apresentados pela Política do Ministério da Saúde, para a Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas, pois, este é um serviço que instiga o cuidado em rede e é orientado pelas estratégias da Redução de danos (ROSA; CAVALCANTE, 2014).

Em relação ao CAPS chamado antes de NAPS, veio para substituir os manicômios e serviu como modelo para criar outros serviços como o CAPS AD. Sendo assim, o CAPS AD foi uma das primeiras respostas dadas pela Saúde Mental convocadas a substituir os tratamentos morais e estratégias reducionistas pautadas na abstinência, na repressão da subjetividade, bem como corpos e cidadania daqueles que usam sistematicamente o crack. Esses serviços por definição e método são considerados instituições abertas, que priorizam os casos de maior risco e dependendo da situação irá mobilizar o serviço todo. Vale ressaltar que os profissionais devem ter uma plasticidade psíquica para lidar com a repetição dos casos de recaídas ou manipulações, dos roubos, traições e sofrimento. Desta forma, o terapeuta ou redutor de danos não vai dar sermões, e sim olhar para o corpo, escutar suas expressões e se interessa pela história do sujeito, assim, onde as pessoas vêm a droga, o profissional enxerga o sujeito. Contudo, é de suma importância que a equipe seja operante, forte e flexível para lidar com as situações cotidianas (LANCETTI, 2015).

Nesse sentido, o trabalho em Saúde Mental, que inclui o CAPS AD, deve se pautar na criação de vínculos entre os usuários e profissionais. Com isso, os sujeitos terão confiança para expor suas necessidades e assim serem atendidas. As possibilidades de tratamento devem então se basear nas demandas singulares de cada usuário, e não apenas no desejo técnico (LEVY, 2016).

Lancetti (2016) salienta a importância de considerar as ações de saúde mental relacionadas com a Estratégia da Saúde Família. No Brasil, por exemplo, várias pessoas recebem mensalmente a visita de Agentes Comunitários (ACS) em suas casas. Os trabalhadores desse programa promovem saúde e cuidam de situações básicas, além disso, habitam o território. Encontram pessoas em prisões domiciliares, psicóticos graves que não chegam aos serviços de saúde, pessoas ameaçadas pelo tráfico,

entre outros. Contudo, esse trabalho deve ser realizado por uma equipe composta por médicos generalistas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, para que possam desenvolver uma relação continuada de cuidado.

Os Programas de Redução de danos em parceria com as Estratégias de Saúde Família podem desenvolver várias atividades, como: distribuir material informativo e educativo para a comunidade, realizar oficinas em instituições para discutir sobre o uso das drogas e sexualidade, além de incluir os acessos aos preservativos bem como orientá-los para a diminuição dos riscos, entre outros (CONTE et al., 2004).

Outros serviços importantes são o Consultório de Rua e na Rua. De acordo com Oliveira (2009), o Consultório de Rua é um projeto fundado na Bahia em 1997, pelo professor Antônio Nery Filho, fundador e coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), após realização de uma pesquisa sobre meninos e meninas de rua, sendo eles usuários de substâncias psicoativas, no município de Salvador. Vale destacar que já nesse período houve iniciativas por parte de profissionais para buscar melhores respostas às questões que envolviam os jovens que eram usuários de drogas e estavam em situação de rua.

Ribeiro (2013) afirma ainda que o Consultório de Rua é um dispositivo que tem como objetivo estender o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua visto que estes estão distantes dos serviços de saúde. Nesse sentido, as estratégias de Redução de Danos atuam de forma a se aproximar e estender o cuidado aos usuários. Esse serviço é composto por equipes multidisciplinares como psicólogos, redutores de danos, assistente social, entre outros.

Vale ressaltar que a regularidade da presença dos profissionais, bem como explicar os objetivos e ter uma autorização dos líderes e/ou comunidade faz com que haja a construção de vínculos com a equipe do Consultório de Rua. Além disso, com a presença do redutor de danos e sua linguagem semelhante ao dos jovens, acaba tornando-o como um facilitador para o trabalho, por conseguinte faz com que haja um elo entre a equipe e usuários, principalmente, nos primeiros contatos com o campo em questão (OLIVEIRA, 2009).

Londero, Ceccim e Bilibio (2014) afirmam que o Consultório de Rua até 2012 estava vinculado à Política Nacional de Saúde Mental, mas depois passou para a Política Nacional de Atenção Básica. Com isso, houve não só a mudança da nomenclatura “Consultório de Rua” para “Consultório na Rua”, mas como também uma mudança nas diretrizes estratégicas deste dispositivo.

O objetivo da Política Nacional de Atenção Básica foi fazer com que os usuários tivessem acesso aos serviços de saúde. Assim, é de suma importância que as equipes do Consultório na Rua possam promover essa articulação com a rede e, principalmente, garantir o acesso integral a saúde as pessoas que se encontram em situação de rua incluindo os usuários de álcool e outras drogas (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015).

Os autores afirmam que o Consultório na Rua não desenvolve um trabalho isolado, necessita do envolvimento da rede de saúde e intersetorial para abarcar o cuidado preconizado pelo SUS, que é o cuidado integral, universal e igualitário. Quanto às ações de cuidado, essas devem sempre abranger as particularidades e o desejo do outro.

Por fim, em relação aos trabalhadores e a equipe de saúde que atuam através das estratégias da Redução de danos, devem assumir uma posição ética, vindo atuar sempre a favor da vida. Assim, essa posição ética é que propicia territórios coletivos de tolerância e cooperação. Além disso,

aqueles que trabalham com drogados estarão dispostos a qualquer tipo de frustração, visto que quando menos se espera esses podem voltar a usar droga (LANCETTI, 2016).

Contudo, é importante salientar que a Redução de danos visa reduzir os prejuízos e não como uma solução da questão. Os profissionais precisam atuar de forma contrária ao que prega as políticas públicas pautadas no Proibicionismo e se fundamentar em práticas mais humanizadas, como a Redução de danos.

Considerações finais

A partir do que foi exposto, verifica-se que em torno do sujeito que faz uso de drogas ilícitas se constituiu um conjunto de práticas disciplinadoras e de controle pautadas na abstinência e na lógica proibicionista.

Aferimos ainda que ofertas de práticas de cuidados fundamentadas nessa lógica não produzem efeitos terapêuticos e geram a intensificação do sofrimento dos sujeitos que não são acolhidos em sua integralidade.

Dessa forma, a oferta de ações pautadas na lógica da Redução de danos apresenta-se em consonância com os princípios éticos-políticos da Psicologia e das políticas públicas de saúde mental que objetivam a autonomia e inserção social dos usuários de substâncias ilícitas.

Sobre o artigo

Recebido: 05/12/2018

Aceito: 22/03/2019

Referências bibliográficas

ANDRADE, T. M. Redução de danos: um novo paradigma. In: ALMEIDA, A. R. B.; NERY FILHO, A.; MACRAE, E.; TAVARES, L. A.; FERREIRA, O. S. **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: CETAD/UFBA, 2004. p. 87-95.

BUCHER, R.; OLIVEIRA, S. R. M. O discurso do "combate às drogas" e suas ideologias. **Revista de Saúde Pública**, v. 28, n. 2. p. 137-145, 1994. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/1994.v28n2/137-145>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

CARVALHO, J. C. A produção de leis e normas sobre drogas no Brasil: a governamentalidade da criminalização. **Neip**, v. 1, p. 1-11, 2011. Disponível em: <http://www.neip.info/upd_blob/0001/1173.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2018.

CONTE, M.; MAYER, R. T. R.; REVERBEL, C.; MENEZES, C. B.; ALVES, G. T.; QUEIROZ, R.; BRAGA, P. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. **Boletim da Saúde**, v. 18, n. 1, 2004. Disponível em: <<http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo27.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2018.

DANTAS, B. S.; TURIBIO, M. T. M.; ATANES, R. S.; ALMEIDA, R. S. Políticas públicas sobre drogas e população de rua: humanização ou coisificação dos sujeitos? **Revista Gestão & Políticas Públicas**, v. 2, n. 2, p. 267-287, 2012. Disponível em:

<<https://www.revistas.usp.br/rgpp/article/view/97861/96661>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

FONSECA, C. J. B. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**, v. 1, n. 1, p. 11-36, 2012. Disponível em:<<http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/42>>. Acesso em: 01 out. 2018.

FOUCAULT, M. Disciplina. In: FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 133-223.

FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: FOUCAULT, M. P. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1976. p. 285-316.

GUARESCHI, N. M. F.; LARA, L.; ADEGAS, M. A. Políticas públicas entre o sujeito de direitos e o homo oeconomicus. **Psico**, v. 41, n. 3, p. 332-339, 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8163/5854>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

LEVY, V. L. S. Oficinas terapêuticas e produção de vínculo em CAPS AD. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 8, n. 19, 2016. Disponível em:

<<http://stat.ijie.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3364>>.

Acesso em: 30 set. 2018.

LIMA, M.; COSTA, J. A.; FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Invisibilidade do uso de drogas e a assistência de profissionais dos serviços de Aids. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 6-13, 2007. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/pdf/rsp/2007.v41suppl2/6-13/pt>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 251-260, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832014000200251&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 21 out. 2018.

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

<<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6123180>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

OLIVEIRA, M. G. P. N. **Consultório de rua: relato de uma experiência**. 2009. 151 f. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. Disponível em:

<<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10405>>. Acesso em: 21 out. 2018.

PASSOS, E.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, 2011. Disponível em:

<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=REDU%C3%87%C3%83O+DE+DANOS+E+SA%C3%9ADE+P%C3%9ABLICA%3A+CONSTRU%C3%87%C3%95ES+ALTERNATIVAS+%C3%80+POL%C3%8DTICA+GLOBAL+DE+%E2%80%9CGUERRA+%C3%80S+DROGA+S%E2%80%9D*&btnG=&lr=>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

RIBEIRO, M. M. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 326-332, 2010. Disponível em:

<http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/7873/art_FURTADO_Estigma_social_sobre_o_uso_de_alcool_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 jul. 2018.

ROSA, L.; CAVALCANTE, R. Relação família e usuários de álcool e outras drogas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). In: BUCHELE, F.; DIMENSTEIN, M. D. B. **Álcool e outras drogas da coerção à coesão: recursos e estratégias do cuidado**. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. p. 39-66.

SANTOS, L. M. B. S. Manifesto outras palavras. In: SANTOS, L. M. B. S. **Outras palavras sobre o cuidado com pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf, 2010. p. 189-192.

SILVA, C. C.; CRUZ, M. M.; VARGAS, E. P. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do consultório na rua. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 246-256, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042015000500246&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 21 out. 2018.

SILVEIRA, P. S.; MARTINS, L. F.; SOARES, R. G.; GOMIDE, H. P.; RONZANI, T. M. Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. **Estudos de Psicologia**, v. 16, n. 2, p. 131-138, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v16n2/v16n2a03>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

SIQUEIRA, D. Redução de danos no SUS. In: BUCHELE, F.; DIMENSTEIN, M. D. B. **Álcool e outras drogas da coerção à coesão: recursos e estratégias do cuidado**. Florianópolis: UFSC, 2014. p. 67-87.

SOUZA, L. F.; SOUZA, A. C.; SOUZA, E. O.; ABRAÃO, A. L.; FERNANDES, F. L. A universidade como parceira na formação diferenciada para o cuidado aos usuários de drogas. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 11, n. 3, p. 570-582, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/1949/1333>. Acesso em: 18 jul. 2018.

TISOTT, Z. L.; HILDEBRANDTB, L. M.; LEITE, M. T.; MARTINS, R. V.; COSENTINO, S. F. Álcool e outras drogas e a implantação da política de redução de danos no Brasil: Revisão narrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 43, 2015. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2730>. Acesso em: 18 set. 2018.