

CONHECENDO A REDUÇÃO DE DANOS ENQUANTO UMA PROPOSTA ÉTICA*

Cícero José Barbosa da Fonsêca**

Universidade Católica de Pernambuco

Resumo

O objetivo deste artigo é apresentar a Redução de Danos (RD) enquanto uma proposta eminentemente ética. Assim sendo, este texto tenta fazer uma abordagem inicial da história da redução de danos, dos princípios, das características e suas principais estratégias. Situando ao longo de todo o texto a Redução de Danos como uma prática em que o profissional possa estar situado no registro ético, a fim de que possa ouvir a dor do outro no registro do acontecer humano. Situar-se frente às queixas dos usuários, sem deturpá-las ou reduzi-las. Redução de danos enquanto um caminho promissor por reconhecer cada usuário em sua singularidade, traçar com ele estratégias para promover a saúde e garantir seus direitos enquanto cidadão. Redução de danos enquanto uma aposta ética, uma aposta no humano.

Palavras-chave: Redução de danos, ética, singularidade, saúde, cidadão.

Abstract

GETTING TO KNOW HARM REDUCTION AS AN ETHICAL PROPOSAL

The aim this paper is to present Harm Reduction (HR) as a highly ethical proposal. Therefore, this paper attempts to make an initial approach on the Harm Reduction's history, principles, characteristic, and main strategies. Situating Harm Reduction throughout the whole paper as a practice the professional may be situated in the ethical registry, in order to be able to listen to the pain of other people in registry of human happening. Facing user's complaint's without misconstruing or reducing them. Harm reduction a promising way to recognize each user in the being's uniqueness, to draw strategies to promote health and ensure their Citizen's rights. Harm reduction as an ethical commitment, a commitment in the human.

Keywords: Harm Reduction, ethics. Individuality, health, citizen.

História e Atualidade da Redução de Danos (RD)

A história da redução de danos é marcada por surpresa e desconhecimento nos dias de hoje no Brasil (ALMEIDA, 2003). Essa história, que ainda se encontra em processo de construção nos mostra uma transição da proposta de controle

epidemiológico das doenças infectocontagiosas para as estratégias da Redução de Danos, com caráter eminentemente ético no que se refere ao uso de abusivo de drogas.

A redução de danos (RD), segundo Barbosa (s.d.), estava voltada no princípio para a prevenção de doenças de transmissão sanguínea entre usuários de drogas injetáveis. Pela natureza de seus propósitos, a RD chegou a ser identificada apenas como a prática de trocas de seringas e, progressivamente, passou a ser vista em sua essência como respeito aos usuários de drogas, sua demanda e seu tempo. No século passado, algumas ocorrências favoreceram essa nova forma de abordar o problema do uso indevido de substâncias psicoativas no mundo, como se verá adiante.

A redução de danos teve origem na Inglaterra, em 1926, fato que marcou a maneira de abordar o problema do uso de substâncias psicoativas no mundo, quando um grupo de médicos definiu no *Relatório Rolleston*, que a maneira mais adequada de tratar dependentes de heroína e morfina era realizar uma administração monitorada do uso dessas drogas, que estabelecia o princípio segundo o qual o médico poderia prescrever legalmente opiáceos para os dependentes dessas drogas, entendendo esse ato médico como tratamento e não como 'gratificação da adição'. O objetivo era possibilitar ao usuário uma vida mais estável e mais útil à sociedade, podendo ajudá-lo a levar uma vida mais produtiva (CRUZ, 2011; PASSOS; SOUZA, 2009).

O relatório estabelecia, de acordo com Passos e Souza (2009) e, Sodelli (2010), o direito de os médicos ingleses prescreverem suprimentos regulares de opiáceos a dependentes dessas drogas, nas seguintes condições: como manejo da síndrome de abstinência, em tratamentos com o objetivo de cura; quando ficasse demonstrado que, depois de prolongadas tentativas de cura, o uso da droga não poderia ser seguramente descontinuado; e quando ficasse provado que o paciente apenas seria capaz de levar uma vida normal e produtiva se uma dose mínima de droga fosse administrada regularmente, mas que ficasse incapaz disso, quando a droga fosse inteiramente descontinuada.

À época, pressupunha-se, como hoje, ser mais adequada a interrupção completa do uso de opiáceos. No entanto, por reconhecer que seu uso estava intrinsecamente associado às características de vida dos usuários, a prescrição médica da droga poderia minimizar os efeitos mais danosos à saúde dos indivíduos com ela envolvidos. Segundo Sodelli (2010), o programa gerou polêmicas por ter um caráter inovador no

enfrentamento do uso indevido de drogas, mas pela primeira vez na história moderna a dependência de drogas é vista de outra perspectiva, a qual trata a dependência como problemática complexa devendo, ser abordada através de estratégias múltiplas e singulares.

Contudo, apenas décadas mais tarde, com o aparecimento da epidemia da SIDA/AIDS, em meados dos anos 1980 (ANDRADE, 2010), tal perspectiva veio a ser retomada. A transmissão e disseminação do vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis passaram a ser uma ameaça para toda a sociedade, trazendo a necessidade de ações preventivas efetivas, cujos resultados não dependessem exclusivamente da aderência dos pacientes aos tratamentos de abstinência.

O primeiro programa de troca de seringas aconteceu na Holanda, tendo sido implantado em 1984, e logo depois se espalhou pelo resto do continente europeu. Desde um meio de controlar epidemias até se tornar uma forma de evidenciar a demanda de um grupo até então marginalizado - o dos usuários de drogas, principalmente injetáveis. Nesta época uma associação de usuários de drogas lança esta ousada proposta para combate a uma epidemia de hepatite B entre usuários de drogas intravenosas. Logo em seguida, o sistema de saúde holandês adotou esse programa e começou a distribuir seringas, para evitar que elas fossem compartilhadas e, assim, diminuir a transmissão da doença (SODELLI, 2010).

Enquanto isso, na Inglaterra, as estratégias de redução de danos, como prática de saúde pública instituída, começava a encontrar sustentação. A partir de 1985, os dependentes passaram a dispor de uma grande variedade de serviços, incluindo: troca de seringas e educação em sua comunidade; prescrição de drogas como heroína e cocaína; serviços de aconselhamento, emprego e moradia; tratamento para a dependência, incluindo internação para desintoxicação.

Ainda nessa década, com o advento do HIV/AIDS (CRUZ, 2011), diversos países compreenderam que a prevenção a esta epidemia demandava ações práticas e não apenas declarações de adesão a elevados padrões de moralidade. Assim, a estratégia de redução de danos ganhou força, mostrando-se uma importante aliada no controle dessa patologia.

No Brasil, sob a direção de Fábio Mesquita, a prefeitura da cidade de Santos em 1989 anunciou um serviço de troca de seringas entre os usuários de drogas injetáveis com o objetivo de conter a disseminação do vírus da AIDS, que fazia da cidade recordista em número de casos da doença no país. O Ministério Público embargou o projeto e apreendeu o material, por considerá-lo estimulador do uso de drogas ilícitas. Os médicos tiveram que responder a diversos processos. Impedidos de fornecer seringas para usuários de drogas injetáveis como forma de evitar a AIDS, os técnicos implementaram alternativas, também dentro de uma lógica de redução de danos, como o uso de hipoclorito de sódio para a desinfecção de agulhas e seringas reutilizadas (SODELLI, 2010).

É somente durante a década de 90, com a atuação das organizações civis, que a redução de danos se afirmará, gradativamente, como política governamental. Em 1994, o Conselho Federal de Entorpecentes deu parecer favorável à realização de atividades de Redução de Danos e o primeiro programa brasileiro sistemático começou, em 1995, em Salvador-Bahia (ANDRADE, 2010). Se considerarmos o primeiro programa de Redução de Danos desenvolvido na Holanda, constatamos que demoramos quase quinze anos para oficializar o primeiro programa de RD no País. O atraso em adotar o programa de Redução de Danos como uma política pública de prevenção do HIV/AIDS, no Brasil, trouxe sérias consequências para o controle dessa epidemia (CRUZ, 2011).

A força política da Redução de Danos vai se intensificando ainda mais ao longo dos anos 90 com as conferências mundiais de redutores de danos, realizadas anualmente em diversos países. Em 1997, surge a ABORDA - Associação Brasileira de Redutores de Danos e em 1998 surge a REDUC - Rede Brasileira de Redução de Danos. Acompanhando estes programas, várias leis foram sancionadas para legitimar a prática da redução de danos em vários estados e municípios. Entretanto, o foco da Redução de Danos nesta época está na população, ou seja, do ponto de vista epidemiológico. Nesse sentido, a Redução de Danos visa minimizar danos à sociedade que sofre uma epidemia de HIV e outras doenças.

Em setembro de 2001, existiam cerca de 100 projetos de redução de danos em curso no Brasil (PASSOS; SOUZA, 2009). Em 2002, o Ministério da Saúde passou a considerar a Redução de Danos como uma de suas estratégias de prevenção ao uso e abuso de drogas, incorporando-a no Sistema Único de Saúde através de serviços

específicos como os Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPSad). Em 2003, mais de 150 programas de Redução de Danos estavam em funcionamento no País (CRUZ, 2011). Os projetos em sua maioria eram desenvolvidos marginalmente ao SUS, com pouca integração formal com outras instâncias, situação que não mudou muito ainda hoje.

A partir de 2004, muitas associações tiveram suas ações paralisadas e algumas acabaram pela falta de financiamento. De 2004 até os dias atuais, houve uma mudança: a AIDS deixa de ser o foco da redução e o *crack* assume este lugar, incluindo-se na perspectiva da saúde mental (CRUZ, 2011; PASSOS; SOUZA, 2009). A Redução de Danos passa a ser compreendida como uma estratégia na *Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Lançada pelo Ministério da Saúde, o foco dessa estratégia pública de Saúde não se assenta exclusivamente sobre os Programas de Redução de Danos e sobre as ações de trocas de seringas, mas sim na constituição de ações que transversalizam os serviços da rede assistencial do SUS, em especial, os serviços de saúde mental (como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS) e os serviços de atenção primária à saúde (como a Estratégia Saúde da Família).

Em 2006, de acordo com Duarte e Dalbosco (2011) a divulgação e implementação da *Política Nacional de Promoção da Saúde* reforçou as ações de atenção ao usuário de drogas, preconizando o desenvolvimento de iniciativas preventivas e de redução de danos que envolvam a co-responsabilização e autonomia da população, enquanto uma prática eminentemente ética. Esse trabalho avançou gradativamente até ampliar seu campo de atuação para outras drogas, passando a conceber as estratégias de RD como uma política de saúde. Avanços também foram obtidos no campo dos direitos, com muitos estados e municípios criando legislações específicas sobre práticas de redução de danos.

A lei federal 11.343/2006 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad – que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crime fez avançar um pouco mais, na medida em que afastou o uso de drogas do âmbito policial (supressão da pena de prisão para usuários de drogas), aproximando-o mais das questões da saúde.

A Redução de Danos, hoje, constitui-se em um conjunto de políticas públicas ligadas ao enfrentamento dos eventuais problemas relacionados ao uso de drogas, articulando distintas realidades: prevenção ao HIV/Aids e hepatites virais, promoção integral de saúde às pessoas que usam drogas e diminuição da violência. Tal articulação consiste no apoio/incentivo ao protagonismo das pessoas que usam drogas, na busca pelo cuidado de si e manejo do seu uso de drogas. Contudo, os projetos de redução de danos têm apresentado alguns problemas: em sua maioria continuam a ser desenvolvidos à margem do SUS; permanecem desarticulados com outras instâncias; seu espectro de ação em nosso meio é limitado, encontrando forte tensionamento com outros setores do aparelho estatal, posicionados a favor de uma política antidrogas.

Redução de Danos: Uma Perspectiva Demasiadamente Ética

Não existe uma definição única sobre a Redução de Danos (SOUZA; MONTEIRO, 2011). O conceito de redução de danos, difundido hoje em vários países, ainda é pouco conhecido no Brasil (FONSECA; BASTOS, 2005). É possível observar a preocupação em compreender a complexidade que cerca o fenômeno das substâncias psicoativas na sociedade contemporânea, e a constituição da Redução de danos como um novo paradigma de atuação com dependentes químicos.

A REDUC - Rede Brasileira de Redução de Danos - numa perspectiva profundamente ética, entende o conceito não tanto como uma série de diretrizes específicas para conduta no atendimento a toxicômanos e sim como uma postura, uma atitude, um modo de se portar em relação ao usuário e aos inúmeros problemas relacionados à maneira como a nossa sociedade vem abordando a questão das drogas (MACRAE; GORGULHO, 2003). É um conceito e uma abordagem que podem ser percebidos como empáticos (empático no sentido proposto por Fonseca no texto 'Empatia e Dialogicidade'. Não enquanto uma apreensão objetivista do outro, não enquanto se colocar no lugar do outro como se fosse o outro, não enquanto um esforço cognitivo, abstrato, asséptico, não enquanto objeto seja de conhecimento ou de relação. Uma concepção ontológica do humano, uma relação proxêmica, próxima, em que o outro seja parceiro vivo e em devir. Ou seja, a relação empática desdobra-se a partir do interesse espontâneo e ativo pela diferença que o outro é), ou seja, que acontece na prática através de uma relação humana, demasiadamente humana, visando auxiliar o

usuário no cuidado das consequências de seus comportamentos, sem jamais rotulá-lo (ALMEIDA, 2003).

Redução danos enquanto um conceito ético pode ser entendido como um dispositivo com vocação de constituir condições de possibilidade de escuta das diferenças. Ética, segundo Rolnik (1994), enquanto comprometimento não com um código de valores, seja ele qual for, mas sim com a própria produtividade do ser e só com ela. Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida.

Uma prática em que o profissional possa estar situado no registro ético, a fim de que possa ouvir a dor do outro no registro de seu aparecimento (SAFRA, 2004). Situar-se frente às queixas dos usuários, sem deturpá-las ou reduzi-las ao já conhecido, ao simplesmente psíquico. A RD traduz-se em posturas e atitudes, políticas e programas, que tem como objetivo contribuir para a transformação da visão de mundo das posturas da sociedade diante das drogas, possibilitando diálogo na sociedade e expressão das pessoas que usam drogas, sobre os usos, necessidades, desejos, direitos e deveres.

A redução de danos é uma aposta inovadora, uma aposta ética. Não tem como meta fixa a eliminação desses comportamentos, o que a torna, desde logo diferente de outras praticas outrora utilizadas no tratamento de dependentes químicos (como por exemplo, os Alcoólicos Anônimos, que visam a abstinência total e permanente). O que a redução de danos pretende é a construção de atitudes responsáveis em face de comportamentos de risco (ROSSI, 2007). Percebemos com isso, que o conceito de redução de danos traz como meta informar, se aproximar do usuário de drogas, além de educar as pessoas e a sociedade no sentido de produzir atitudes saudáveis que minimizem as consequências adversas do consumo de drogas.

Nesta perspectiva a RD inclui ações no campo da saúde pública e de políticas públicas que visam prevenir os danos antes que eles aconteçam, ou seja, como uma ferramenta para melhorar a saúde integral das pessoas, abordando o fenômeno Drogas de maneira mais realista, sem julgamentos de valor (CONTE et al, 2004; CRUZ, 2011). Uma estratégia focada na legitimação da cidadania dos usuários, na condição de sujeitos de direitos. Um conjunto de promoção de saúde e cidadania, respeitando a premissa de que saúde é um direito de todos. Partindo desta perspectiva proposta por Petuco (2006),

podemos entender a Redução de Danos como um novo paradigma que constitui um outro olhar sobre a questão das drogas, instituindo novas tecnologias de intervenção, comprometidas com o respeito às diferentes formas de ser e estar no mundo. Conceito de Redução de Danos, bem articulado com o de educação para a autonomia, com a formulação de estratégias educativas (SOUZA; MONTEIRO, 2011).

Em síntese, RD, por ser um conceito experimental (como proposto por Nietzsche em sua *Ciência Alegre, Ciência da afirmação da vida*, no livro 'A gaia ciência', assim como em toda a sua obra, perpassa toda uma conversão da existência, que pode ousar dar-se a si próprio como referência. Ou seja, a experimentação enquanto ousar estar com o outro, concepção que se liberta de idealismos, como possibilidade de criar novos valores, novos modos de ser, estar e entender a vida... como possibilidade de tornar-se o que se é..., a experimentação. Possibilidade de encarar, de enfrentar, de lidar com um problema em seus múltiplos aspectos, abordar uma questão a partir de diversos pontos de vista, e agindo assim, estamos a fazer experimentos. Ou seja, experimentação enquanto travessia de um modo de subjetivação para outro, enquanto campo de produção ontológica. Experimental com uma prática um modo se portar diante do outro, que não é definido a priori, e sim que valoriza o acontecer humano) e proxêmico (o conceito de proxemia, como proposto aqui, foi discutido por Michel Maffesoli na sua obra 'O tempo das tribos'. Segundo ele, deve ser pensado dentro da proposição de esvaziamento, desencantamento e desenraizamento, que caracteriza os tempos atuais, onde o sujeito é substituído pelo individualismo. Ele utiliza o conceito de 'proxemia' como um processo social em que a individualidade se dissolve no grupo, se dissolve em contato com o outro. Nessa vivência, o sujeito deixa de ser indivíduo e passa a ser pessoa que desempenha um papel na teatralidade da vida cotidiana.), pressupõe que suportemos a ideia de vivermos fora do campo das ideias, e nos aproximemos da realidade como ela se mostra diante de nós. Uma ferramenta para acolher o outro enquanto outro, acolher o usuário que está prestes a perder os vínculos afetivos, cuja ideia central poderia ser descrita assim: "Não sendo sempre possível interromper o uso de drogas, que ao menos se tente minimizar o dano ao usuário e à sociedade".

A redução de danos, diante disso, se propõe antes escutar o usuário e o uso que ele faz das drogas e, partindo disso, ou seja, partindo da realidade nela mesma, agir reduzindo tanto quanto possível os eventuais prejuízos que vem sendo acarretados a esta

pessoa ou a esta sociedade, bem como orientá-lo(s) no sentido de fazer um uso menos prejudicial. Ou seja, redução de danos como uma ferramenta pautada no respeito ao sujeito e a sociedade e no seu(s) direito(s) de consumir drogas.

E, desse modo, a RD não coloca os usuários em nenhum outro lugar senão no de cidadãos com direito à vida e à saúde, e estimula nessas práticas de cuidado de si para que possam efetivamente tomar seus lugares no tecido social. (SCHUSTER; CECCHIN, s.d). Redução de Danos é prevenção de danos, foca na prevenção do uso de drogas, bem como em pessoas que seguem usando drogas.

Princípios da Redução de Danos

O programa de Redução de Danos tem um princípio maior, uma política social cujo objetivo prioritário é minorar os efeitos negativos decorrentes do uso de drogas (PETUCO, 2006). Partindo desta perspectiva, redução de danos pode ser sintetizada em cinco princípios, de acordo com Moreira (2005), Souza (2007), Sodelli (2010), Andrade (2010) e, Anacleto (2011).

Um primeiro princípio pode ser descrito como uma alternativa de saúde pública aos modelos moral, criminal e de doença. O modelo moral defende a proibição do uso ou da distribuição de certas drogas, atos considerados crimes sujeitos à punição. Como extensão do modelo moral - que pressupõe o uso de drogas ilícitas como moralmente incorreto - o sistema de justiça criminal tem colaborado com os formuladores de políticas nacionais de “guerra às drogas”, cujo objetivo aparente é o de promover o desenvolvimento de uma sociedade livre de drogas. Já o modelo doença enfatiza os programas de tratamento e de prevenção que procuram remediar o desejo ou a demanda por drogas por parte do indivíduo (redução da demanda), tendo como objetivo primordial a abstinência. A RD como princípio experimental e empático, desvia-se de tais princípios evitando julgamentos morais de certo ou errado e oferecendo uma variedade de políticas e de procedimentos que visam a redução das consequências prejudiciais do comportamento dependente.

No segundo princípio, é reconhecida a abstinência como resultado ideal, mas são aceitas alternativas que reduzam os danos. Alternativas estas não definidas a priori e sim no acontecer humano. A Redução de Danos partindo desta perspectiva reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que minimizem os danos para

aqueles que permanecem usando drogas. O princípio de tolerância zero estabelece uma dicotomia absoluta entre nenhum uso e qualquer uso, sem distinguir os diferentes usos e as diferentes dimensões de danos associados aos distintos padrões de uso. A proposta de abstinência ou nada para o tratamento de dependência de drogas é uma proposta que ainda é hegemônica no Brasil e na maior parte dos países do mundo (PETUCO, 2006).

Característica fundamental deste princípio é o respeito aos usuários de drogas pelo direito às suas drogas de consumo. Direito este, algumas vezes, resguardado na própria legislação em vigor, mas interditado pelo preconceito e pela atenção excessivamente focada na repressão às drogas ilícitas. Respeito às escolhas individuais, pois mesmo que discordemos ou percebamos riscos na conduta dos outros, vivemos em uma sociedade que optou pelo respeito às opções individuais. No caso do uso das drogas, também se pode utilizar o princípio de que a liberdade individual deve ser preservada, desde que não invada a liberdade do outro.

A Redução de Danos não é contra a abstinência. (ALMEIDA, 2003; CRUZ, 2011; PETUCO, 2006; SODELLI, 2010). Quando há comportamento muito perigoso, a redução de danos propõe reduzir o nível da exposição ao risco. A abordagem de redução gradual estimula os indivíduos que tenham comportamento excessivo ou de alto-risco a dar um passo de cada vez para reduzir as consequências prejudiciais de seu comportamento. Estratégias de Redução de Danos também têm aplicação no uso de drogas legais, incluídos o tabaco e o álcool, para, por exemplo, tabagistas incapazes de abandonar o uso de maneira abrupta e definitiva. Existem, como alternativas disponíveis, os adesivos de nicotina, as gomas e outras formas de administração de nicotina menos nocivas do que o fumo. Embora as terapias de substituição de nicotina tenham sido criadas como um auxílio para deixar de fumar, algumas pessoas usam esses produtos para manter o uso de nicotina num nível mais seguro. Consideramos que tal recurso deva ser entendido de maneira respeitosa, a partir da situação de cada usuário, e não rejeitadas sumariamente com a imposição de programas de tratamento voltados unicamente para a abstinência. Assim, em muitos casos tratamentos de substituição ou manutenção seriam recomendáveis.

Os serviços de tratamento de dependência de drogas, orientados para redução de danos, conforme Dias (2008) aceitam diversos contratos, que vão do uso controlado da substância que a pessoa normalmente utiliza, até as terapias de substituição de drogas,

desde que sejam criados em conjunto. Nos casos de uso controlado, trabalha-se uma escala decrescente de risco, normalmente associados à via de utilização ou à quantidade, para que o dependente perceba uma gradação de mudanças. Pequenos passos que levam o usuário a sair de uma forma descontrolada de uso, para um uso mais seguro e menos danoso para sua saúde. Por exemplo, ao propor que a pessoa utilize a cocaína aspirada em substituição à cocaína injetada, busca-se que os prejuízos à saúde sejam menores que os esperados na forma anterior de uso.

Nas terapias de substituição, geralmente se utilizam drogas com princípios ativos similares (heroína e metadona; cocaína e folha de coca; ou até heroína de rua por heroína do serviço de saúde com controle de qualidade). Enfim, estas propostas de tratamento não se fecham em torno de uma exigência absoluta, mas ao contrário, respeitam o momento do usuário e buscam melhorar sua qualidade de vida, ainda que sob o uso de substâncias.

Terceiro princípio é a redução de danos como uma abordagem que surgiu de “baixo para cima”, baseada na defesa do usuário, e não como política de “cima para baixo”, promovida pelos formuladores de políticas de drogas. Desse modo, os necessitados têm mais possibilidade de aderir, envolver-se e iniciar a mudança do comportamento. Em primeiro lugar, os defensores de abordagem de baixa exigência estão dispostos a encontrar o indivíduo em seus próprios termos – encontrá-lo onde você estiver, em vez de onde você deveria estar (QUEIROZ, 2001; CRUZ, 2011).

Já o quarto princípio, enfatiza que a redução de danos deve promover serviços de fácil acesso e pronto acolhimento, como uma alternativa para as abordagens tradicionais distantes da realidade do usuário e de difícil acesso. Serviços que acolham usuários de forma mais tolerante, como uma alternativa para as abordagens tradicionais de alta exigência, aquelas que, tipicamente, exigem a abstinência total como pré-requisito para a aceitação ou permanência do usuário. Os profissionais que atuam nesse programa devem assumir uma postura compreensiva e inclusiva (DIAS, 2008). Portanto, os serviços de tratamento/saúde devem estabelecer com ele relações de cooperação, sem o uso de técnicas hostis ou confrontativas, e sim experimentos de acolhimento e escuta.

Este princípio da diversidade indica a compreensão de que as pessoas são diferentes, usam drogas de formas diferentes e há formas diversas de compreender a

questão enfocando a partir dos vários pontos de vista, incluindo suas dimensões social, espiritual, cultural, psicológica, biológica, jurídica, etc. A sociedade costuma tratar os diferentes de uma forma não muito amigável. Os portadores de deficiência e de distúrbios mentais são exemplos ao alcance de todos. Pessoas que trabalham no campo de Redução de Danos devem aceitar as pessoas como elas são.

Por último, “a redução de danos baseia-se nos princípios da experimentação empática *versus* idealismo moralista”. O experimentalismo empático não pergunta se o comportamento em questão é certo ou errado, bom ou ruim, doentio ou saudável. O experimentalismo preocupa-se com o manejo das questões cotidianas e das práticas reais, preocupa-se em estar lá com outro, dialogando e ouvindo o outro, e juntos buscando alternativas viáveis para aquele momento e para aquela situação específica. O experimentalismo se refere ao fato de que o objetivo maior é preservar a vida, é estar diante de vidas, criando condições de possibilidade de vida e, portanto, mesmo que em uma determinada situação, a abstinência seja identificada como meta a ser alcançada, se ela ainda não for possível, as ações para a preservação da vida devem ser concretizadas.

A Redução de Danos, com seu foco no contato, é uma estratégia mais lógica a ser seguida, pois a partir dela procura-se: *implementar medidas amplas para prevenir e tratar o consumo nocivo de drogas, estando junto com a população, não perseguindo o consumidor de drogas, mas sim, buscando formas de regulação que sejam social e culturalmente aceitas pelos diferentes segmentos sociais. Na prática, tem como objetivo a aproximação com os usuários de drogas, para que, num futuro próximo, seja possível a criação de um vínculo de confiança, uma abertura. Instaurado, o vínculo funciona como uma base sólida para inserir-se a discussão a respeito das possibilidades de redução de danos à saúde do usuário, entre elas: a discussão do uso nocivo, a inclusão destes usuários nos programas da rede pública de saúde e até, se o usuário desejar, possibilitar tratamento ao uso nocivo de drogas, etc.*

A partir destas premissas, percebe-se que o princípio fundamental que orienta a Redução de Danos é o respeito à vida e a liberdade de escolha, possibilitando que sua atuação se apoie na promoção do exercício e respeito às diferenças, retomada do acesso à dignidade e à cidadania, uma abordagem humana para os que estão em maior risco e atuação preventiva junto às populações ainda não atingidas são algumas das atribuições desse novo modelo que tenta se isentar de julgamentos crítico-morais, optando pela

vida, pela saúde e responsabilidade pessoal, mais do que pela punição decorrente de comportamento inadequado. Assim, suas propostas sempre enfatizam a necessidade de combater a exclusão social. Reconhecimento, em primeiro lugar, a sua condição de cidadão portador de direitos, antes da condição de usuário de drogas na sociedade. Resgate da cidadania e não sua culpabilização. O objetivo das ações de Redução de Danos deve ser a inclusão social e o rompimento da marginalização dos usuários de drogas.

Características das Estratégias de Redução de Danos

Para Secchi (2005), o conceito de redução de danos trouxe uma "leveza para o olhar", e podemos acrescentar "uma ousadia para o atuar", tirando o peso da responsabilidade exclusiva do usuário, assim como do profissional. Além desta característica, podemos elencar outras, conforme Petuco (2006); Anacleto (2011); Cruz (2011) que são: o foco na prevenção do dano (e não no uso da droga em si); foco nas pessoas que continuam a usar drogas; nos programas de redução de danos, há uma proposta clara de controle e de auto cuidado com relação ao uso de drogas; permite também desenvolver o sentido de responsabilidade sobre si mesmo e sobre as pessoas do círculo de relação. Há um intenso incentivo ao protagonismo e à autonomia.

Parte-se do entendimento que as drogas lícitas e ilícitas fazem parte desse mundo e trabalha-se para minimizar seus efeitos danosos em vez de simplesmente ignorá-los ou condená-los. Os usuários devem ser atendidos dentro de suas particularidades biopsicossocioespirituais, independentemente do modo como usam a droga, sejam elas quais forem. A atitude característica da redução de danos é de incluir o usuário que faz algum uso de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas (DIAS, 2008). Enfim, o objetivo deve ser a compreensão do que está acontecendo com o usuário e o reforço dos vínculos saudáveis deste.

Partindo desta perspectiva, segundo Almeida (2003) e, Sodelli (2010), o que melhor caracteriza o conceito de redução de danos é a flexibilidade no contrato com o usuário. Significa estabelecer vínculo, facilitar o acesso a informações e orientações, estimular a ida ao serviço de saúde, utilizando propostas diversificadas e construídas com cada usuário e sua rede social. Considera-se o que é pedido e as possibilidades para compor um acompanhamento, com combinações em comum acordo. Fundamentando-se na autonomia do usuário, na sua liberdade de escolha e nos princípios de cidadania e

direitos humanos. A flexibilidade permite um diálogo maior com diferentes instâncias, ressitando o debate das drogas pautado pela ética e pelo respeito às subjetividades.

No trabalho de redução de danos, a abstinência às drogas pode vir a ser um dos objetivos a ser alcançado, mas não pode ser o único objetivo pretendido nem o primeiro a ser esperado. É inconcebível que uma pessoa que não aceita ou não consiga a abstinência, de forma imediata, seja alijada de acolhimento e de tratamentos em um estabelecimento de saúde ou em qualquer outro tipo de acolhimento.

A redução de danos nos levou mais próximos da voz dos usuários em condições de exclusão (PETUCO, 2006; SOUZA, 2007). Através da redução de danos, tem sido possível retomar um olhar ao toxicômano, contrapondo-se à rigidez das exigências por uma sociedade livre de drogas. A redução de danos, apresentada como uma estratégia em saúde pública, tem sua importância como contribuição ao campo social pelo fato de questionar consensos colocados de antemão em torno do usuário e das drogas, por reconhecer diferentes relações de uso, uma vez que há a disposição a escutar quem permanece envolvido, e propõe um diálogo com outras instâncias, permeando-as.

A redução de danos permite uma mobilidade, conforme Passos e Souza (2009); Duarte e Dalbosco (2011) que nos coloca em outra forma de relação com o social, servindo-nos, muitas vezes, de referência, de ponte, entre o sujeito e o laço social do qual está apartado. Tenta recuperar a palavra, a história, as marcas e a memória do sujeito toxicômano, reconhecendo sua existência e escutando suas queixas, necessidades e demandas.

Com um enfoque sistêmico, conforme Dias (2008) e, Souza (2008) privilegia os aspectos positivos e da saúde, resgatando as competências das pessoas, para que elas reajam de forma criativa na solução de seus problemas. Nesse sentido, a intervenção preventiva ao uso de drogas deve proporcionar situações que ampliem o conhecimento e a segurança das pessoas, a fim de que se sintam encorajadas para ação.

A ideia de promover soluções participativas e contextualizadas traduzem características essenciais que fundamentam a prática da redução de danos como a cooperação, a complementaridade, o respeito mútuo, a afinidade afetiva, o prazer de estar junto. Destaca-se, aqui, como estratégia fundamental na intervenção preventiva a necessidade de se privilegiarem os vínculos entre as pessoas.

A redução de danos parte do pressuposto de que é necessária uma imersão na realidade como ela se apresenta. É lidar com o que existe de fato, reconhecendo o usuário como cidadão que tem o direito de receber informações e orientações e que irá decidir por si. Nesta linha, a saúde é compreendida pela construção e capacidade de escolhas dos atores sociais envolvidos no processo.

Da “guerra às drogas” a Redução de Danos: da Exclusão a Inclusão

Existem, nos dias de hoje, duas posturas básicas diante do problema do uso e abuso das substâncias psicoativas, de acordo com Almeida (2003), Dias (2008), Petuco (2006), e, Souza (2007) a tradicional, ou "guerra às drogas", e a "redução de danos". Na abordagem tradicional, a maior concentração de esforços se dá na redução da oferta, ou seja, redução da disponibilidade dos produtos, assim como também, enfatiza a transmissão de informações pautadas pelo amedrontamento e apelo moral, utilizando técnicas que poderiam ser resumidas à persuasão dos indivíduos para a abstinência, o *slogan*: "Diga não às drogas".

O “diga não às drogas” é o estribilho dos programas de prevenção de cunho proibicionista. O público a que ele se destina é convidado a esquecer suas próprias experiências e opiniões e submeter-se a um pensamento único. Os programas proibicionistas apostam na força do medo, da moral e da informação científica (PASSOS; SOUZA, 2009). A distorção da realidade, com a finalidade de provocar medo, é um tipo de manipulação das emoções, que configura uma proposta relacional desrespeitosa da pessoa do usuário. E onde há distorção proposital da realidade há desrespeito à condição do outro levando à quebra de confiança e redução da chance de ampliar os horizontes.

Consideramos que a emergência deste novo modelo indica um início da transformação de um modo de apreensão maniqueísta do problema-droga, tipo tudo ou nada (o modo proibicionista), para um novo modo (o modo redução de danos). A racionalidade que impera no proibicionismo descreve uma realidade sem matizes, fazendo-nos acreditar que pares opostos regulam certos problemas sociais diretamente atribuídos às drogas em si: dependência (doença) x abstinência (saúde); uso (crime) x não-uso (ausência de crime); droga (violência) x não droga (ausência de violência).

A política americana de drogas, segundo Anacleto (2011), Andrade (2010) e, Sodelli (2009), está estruturada sobre o critério de “tolerância zero”, e muito influenciou e continua a influenciar o Brasil. Na ideia de que qualquer uso ilegal de drogas, inclusive o consumo ocasional de maconha, é tão intolerável quanto um padrão diário de injeção intravenosa de cocaína ou heroína. A única meta aceitável de quase todos os programas de tratamento nos Estados Unidos é a abstinência vitalícia, acompanhada da frequência em grupos de recuperação do tipo “Doze Passos”. Aliás, a abstinência é, em geral, pré-requisito para o tratamento, já que a maioria dos programas recusa-se a admitir pacientes que ainda estejam usando drogas. Tais programas são chamados de abordagem de “alta exigência”, o que muitas vezes torna-se um obstáculo para os dependentes químicos que procuram ajuda.

Neste paradigma tradicional, onde grande parte dos profissionais/técnicos de saúde recebeu (e, em algumas formações, ainda continua recebendo), onde vê a *cura* como sinônimo de abstinência (ALMEIDA, 2003). Há, portanto, um tempo de latência para que esse choque de paradigmas seja absorvido (ANACLETO, 2011). A abstinência não ser o foco do tratamento é um dos diferenciais dos serviços oferecidos pelos CAPSad e premissa fundamental e norteadora de estratégias inovadoras neste campo.

Canoletti e Soares (2005) identificam que a maior parte da produção científica sobre programas de prevenção às drogas, de 1991 a 2001, encontra-se numa categoria transitória entre o modelo hegemônico de guerra às drogas e um novo modelo em construção, ligado à redução de danos. Ademais, esta produção está relacionada a um estágio de experimentação, mais com a apresentação de orientações e propostas do que a descrição do desenvolvimento de programas de prevenção propriamente ditos.

Dias (2008) afirma que na guerra às drogas o combate é travado contra os usuários, estigmatizando-os. Temos a tendência de procurar culpados para os problemas sociais, e, nesse contexto, o usuário de drogas carrega o rótulo da pessoa causadora da violência urbana e da desordem familiar. Essa é uma tentativa da sociedade de minimizar a complexidade dos problemas sociais e de libertar-se de sua responsabilidade sobre os mesmos. Diante dessa realidade, trabalhar sobre a ótica da redução de danos requer assumir essa complexidade e visualizar sua responsabilidade frente aos problemas sociais da atualidade (SOUZA; MONTEIRO, 2011).

A exigência por uma sociedade livre de drogas coloca a abstinência como imperativo e situa as drogas e os usuários como “agentes do mal”, desresponsabilizando os sujeitos tanto com relação às suas escolhas quanto às diferentes instâncias da sociedade. Esta postura, não implica, como se poderia pensar, o abandono dos programas baseados na abstinência absoluta, como exemplo, os Alcoólatras Anônimos (A.A.) ou Narcóticos Anônimos (N.A.). Diga-se de passagem, programas estes também baseados na busca voluntária por tratamento, não se afirmam através de uma imposição externa sobre a vontade daqueles que os procuram, compartilhando, no que diz respeito a este ponto, do mesmo critério dos programas de redução de danos. Conseqüentemente, podemos dizer que os programas de redução de danos podem assumir uma posição complementar a atuação destas instituições, sem prejuízo de uns ou de outros. Alargando a cobertura em termos das possibilidades de tratamento – para aqueles que querem abandonar a droga definitivamente e para aqueles que não o querem. Como, igualmente, os programas de redução de danos, tomados como programas de prevenção do abuso, não se contrapõem às campanhas de prevenção do consumo.

Mais do que um combate às drogas, esse arranjo vem garantindo um exercício de combate às próprias forças democráticas emergentes. Não estamos falando de guerra às drogas, e sim de uma repressão generalizada à própria democracia, um “Estado de Guerra” no cerne do “Estado democrático de direito” que se apoia ora sobre o eixo drogas, ora sobre o eixo terrorismo. É dentro dessa lógica que, em 1998, instituiu-se a “Secretaria Nacional antidrogas, que, na sua origem, subordinava-se à Casa Militar da Presidência da república, transformada em 1999, sem perder seu caráter militarista, em Gabinete de Segurança institucional do Presidente da república” (SOUZA, 2007).

O modelo tradicional, baseado na repressão que estigmatiza o usuário e promove o amedrontamento da população, está superado (DIAS, 2008; PETUCO, 2006). O trabalho de prevenção do uso de drogas vem evoluindo com a construção de um novo enfoque, voltado para a educação e para a saúde, centrado na valorização da vida e na coparticipação e colaboração dos envolvidos. Para que se tenha uma ideia clara a respeito do novo enfoque, descrevemos, a seguir, cada uma de suas características essenciais, conforme tabela elaborada por Reale (1997) em anexo.

Estratégias de Redução de Danos: Prevenção e Terapêutica

São formas de abordar o problema da droga numa perspectiva inovadora, experimental, empática e humana, um pouco diferente do que seria usual e que podem e devem ser usadas de uma forma complementar às práticas mais habituais. A partir das primeiras experiências bem sucedidas, conforme Passos e Souza (2009), Petuco (2006), Sodelli (2009) e, Zemel (2011), a proposta foi sendo ampliada, incluindo a prevenção primária.

Hoje, o foco deixou de ser a droga em si e passa a se focar a pessoa ou a sociedade como um todo, a qualidade de vida e a promoção de um estilo de vida mais saudável, com incentivo ao protagonismo e autonomia (ANDRADE, 2010). Saúde, em seu um sentido mais abrangente, como a capacidade de lutar por qualidade de vida e mobilizar energias para reinventar a vida.

Estratégias que podem ser desenvolvidas em diferentes campos e que visam à construção de possibilidades de vida a partir de ações que considerem os processos de subjetivação. Possibilidade de Vida pode ser traduzido por autoestima, autocuidado, reconhecimento do sujeito em um vir-a-ser (devir), enquanto um poder-ser.

Estratégias de prevenção nos vários níveis: primário, secundário e terciário, bem como as intervenções de atendimento ao usuário, incluindo tratamento e reinserção social (ZEMEL, 2011). Isto inclui a possibilidade de modificação do padrão de uso e da substituição da droga de abuso por outra com a qual o usuário consiga estabelecer um padrão de uso menos danoso, sem excluir a possibilidade da abstinência. A substituição de drogas pode incluir tanto drogas lícitas (por exemplo: prescrição de metadona para usuários de opióides e de benzodiazepínicos para dependentes de álcool) ou ilícitas (por exemplo: acompanhar o uso de maconha que usuários de crack e cocaína fazem no sentido de tentar controlar sua ‘fissura’). As metas intermediárias são destinadas aos pacientes que não desejam ou não conseguem, temporariamente ou não, abandonar o uso de drogas. A busca pelo uso moderado ou controlado da substância em questão é, em princípio, uma estratégia possível no atendimento ao dependente de qualquer substância (ANACLETO, 2010; ANDRADE, 2010; SECCHI, 2005; ZEMEL, 2011).

Não podemos esquecer que as Estratégias de Redução de Danos foi um método construído pelos próprios usuários de drogas e que restitui, na contemporaneidade, um cuidado de si subversivo às regras de conduta coercitivas. Os usuários de drogas são corresponsáveis pela produção de saúde (ALMEIDA, 2003), à medida que tomam para

si a tarefa de cuidado. Reduzir danos é, portanto, ampliar as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo.

As abordagens em Redução de Danos não podem ser reduzidas a técnicas, mas sim a um modo de trabalho pautado por uma ética da relação, baseada na autonomia, no diálogo e na co-responsabilidade profissional-usuário (ALMEIDA, 2003; SOUZA, 2007). Partindo desta perspectiva algumas dimensões podem ser sugeridas como importantes, como:

-Sigilo: o que for relatado pelos pacientes não deve ser comentado com pessoas da comunidade, nem com seus amigos ou familiares. A discussão dos casos deve ser feita em local apropriado, com as pessoas da equipe;

-Promover um clima acolhedor, tentando ouvir o que a pessoa está vivenciando e convidando-a falar. A fala é muito importante no processo de elaboração/integração das experiências traumáticas. Não esquecer que essa conversa pode ser a primeira em que o paciente está se dispondo a compartilhar o assunto. Mas não demonstrar ansiedade em saber sobre o ocorrido. Cada um tem seu tempo e o respeito aos limites do outro é regra fundamental!

-Estar disponível ao outro. Fazer todo o esforço possível, verbal e não verbal, para fazer com que o outro sinta que você o está entendendo. A outra pessoa deve perceber este interesse em ouvi-la;

-Criar uma atmosfera de acolhimento. O objetivo não é definir quem está certo ou errado e sim auxiliar o sujeito neste momento de grande sofrimento.

-Ser flexível, centrando o cuidado na pessoa, o que é diferente de encaixar a pessoa no trabalho;

-Não exigir decisões rápidas. Ter paciência com a caminhada da pessoa e respeitar o que é saúde para ela, dar tempo para querer coisas e fazer combinações diferentes. Caminhar junto;

-Exercer a função de “espelho”, devolvendo uma imagem, lembrando dos sonhos e projetos construídos e divididos no dia a dia, dos quais nem sempre a pessoa está decidida quanto à sua relevância atual;

-Colocar-se nas brechas que a pessoa abre entre ela e a droga (no caso da dependência), minimizando os riscos;

-Reconhecer seus esforços de enfrentamento e superação, mesmo quando tudo que se pretendia não fora alcançado. Criar alternativas, em conjunto, com cada pessoa para os momentos em que sente que irá vacilar sentimentos, dores, potencialidades e não é somente um “drogadito” pode fazer muita diferença. Quando se diz “fulano é um drogadito”, coloca-se nele um rótulo pesado de se carregar, que acaba por ofuscar muitas outras coisas que constituem essa pessoa.

Isto se torna viável por meio de um paradigma que não centra sua atenção na doença, mas, sim, no estabelecimento de uma relação com pessoas que pensam, opinam, sofrem e que têm direito ao exercício pleno de cidadania. Reconhece diferentes relações de uso de drogas uma vez que há a disposição de escutar quem está envolvido com o uso de drogas, possibilitando o reconhecimento da função que esse uso ocupa em sua vida. A Redução de Danos permite mobilidade, pois parte da criação de condições de trabalho favoráveis ao acolhimento desses sujeitos, construindo com eles esquemas de proteção e de autocuidado, fundamentais para o exercício da cidadania.

As estratégias de Redução de Danos abrem possibilidades de diálogo com diferentes instâncias. Permitem dialogar com os profissionais de diferentes áreas, permeando-as, problematizando alguns imperativos construídos a partir de uma visão moralista e repressiva da realidade dos sujeitos que usam ou abusam do álcool e/ou outras drogas. Assim, estamos entrando em uma nova era com relação às concepções de saúde, buscando superar a compreensão higienista, construindo condições de superação de obstáculos, a partir de cada realidade. Enfim, trata-se de uma mudança da lógica das especialidades para a lógica da integralidade, vislumbrando a possibilidade de promover saúde física, mental e cidadania em toda ação em saúde.

Em geral, e ainda hoje, não se ouvem os usuários de drogas, porque há “consensos” em nossa sociedade, resultando em ensurdecimento das possibilidades de escuta e de acolhimento ético e digno. A pouca disponibilidade em ouvir sobre suas histórias dá-se, por conta das resistências em admitir o convívio com as drogas e usuários, pois, frequentemente, estão associados a práticas de irresponsabilidade, de prazer irrestrito, de delinquência e de afronta aos hábitos e costumes socialmente aceitos. O sofrimento e o mal-estar em que vivem ficam invisíveis. Importante apostar

nos sujeitos que são alvo das políticas públicas faz-se necessário escutá-los e aceitar o consumo de drogas independentemente dos aspectos legais que isso envolve.

Entre algumas das estratégias de redução de danos, conforme Almeida (2003), Anacleto (2011), Dias (2008), e, Zemel (2011) podemos citar: terapias de substituição (de drogas “pesadas” por drogas “leves”); terapias de redução do consumo; aconselhamento sobre os riscos presentes no uso; mudança na via de administração; compartilhamento (o usuário e seus familiares tomados enquanto parceiros no tratamento); resgate da cidadania e da autoestima; estabelecimento de parcerias (farmácias, igrejas, centros comunitários, entre outros); ações desenvolvidas especificamente com grupos considerados de risco (travestis e prostitutas; usuários de drogas injetáveis; moradores de rua – crianças e adultos etc.); campanhas de vacinação; monitoramento em ambientes controlados (salas de injeção segura; “coffee shops” etc.); campanhas de relegitimação do uso tradicional de substâncias psicoativas.

Estas ações, listadas acima, claramente demonstram a preocupação em deslocar o foco da droga, enquanto um problema universal a ser combatido, para o usuário e seu uso particular da droga. De acordo com os níveis de prevenção descritos por Zemel (2011), as estratégias de redução de danos podem ser denominadas prevenção primária, à medida que estabelecem empecilhos à contaminação de agentes patológicos e promovem saúde. A prevenção secundária refere-se ao diagnóstico precoce, limitando a ação da doença. Em relação à redução de danos, esse nível de prevenção é realizado através da testagem do HIV, fazendo com que as pessoas possam conhecer sua soroprevalência e realizar o tratamento adequado, quando necessário.

Enfim, é de fundamental importância que os trabalhadores da saúde sejam capacitados, a fim de aperfeiçoarem esse diálogo, essa escuta, para que possam estar transmitindo não só medidas de segurança à saúde, mas sim confiança, respeito e aceitação. Ao passo que esta perspectiva de redução de danos propõe que profissionais e usuários possam traçar um plano de tratamento juntos, como um conjunto. Não podemos esquecer que a questão do preconceito ainda representa um empecilho ao desenvolvimento de algumas estratégias de redução de danos (DIAS, 2008; SOUZA, 2007; ZEMEL, 2011).

A abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor por reconhecer cada usuário em sua singularidade, traçar com ele estratégias para promover

a saúde e garantir seus direitos enquanto cidadão. E tratar, aqui significa aproximar, possibilitar maior liberdade e co-responsabilidade daquele que está se tratando. Pois, entendemos que qualquer política de prevenção deverá contribuir para a responsabilização dos indivíduos a que se destina, buscando a sua conscientização e a mudança de seus comportamentos e atitudes. Uma política de prevenção eficaz, portanto, deverá estar em acordo com os princípios fundamentais da democracia e da cidadania. Redução de danos enquanto uma aposta ética, uma aposta no humano.

Referências

- ALMEIDA, C. B. Conceito de redução de danos: uma apreciação crítica. **Boletim da Saúde**, v. 17, n. 1, 2003, 53-61. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n1_06conceito.pdf. Acessado em: 17/02/2012.
- ANACLETO, A. A. A. **Política de redução de danos, vulnerabilidade e sexualidade: a opinião de psicólogos que atuam na Clínica e no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS**. São Paulo: UNESP, 2011.
- ANDRADE, T. M. **Redução de danos: um novo paradigma?** 2010. Disponível em: http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/ReducaoRiscosDanos/Redu%E7%E3o_de_danos-um_novo_paradigma.pdf. Acessado em: 21/02/2012.
- BARBOSA, A. R. **Política de redução de danos no Rio de Janeiro: uma apresentação introdutória**. s.d. Disponível em: <http://www.propi.uff.br/ineac/curso/nufep/artigos/palestrantes/3/01.pdf>.
- BASTOS, F. I.; MESQUITA, F. Estratégias de Redução de danos em uso de drogas e HIV/Aids. In: SEIBEL, S. D. (Ed.). **Dependência de drogas**. 2^a. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p.961-974.
- BOITEUX, L.; RIBEIRO, M. de M. Justiça terapêutica: redução de danos ou proibicionismo dissimulado? In: SEIBEL, S. D. (Ed.). **Dependência de drogas**. 2^a.ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 1113-1122.
- CARVALHO, H. B. de. Epidemiologia. In: SEIBEL, S. D. (Ed.). *Dependência de drogas*. 2^a. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p.547-570.
- CANOLETTI, B.; SOARES, C. B. Programas de Prevenção ao Consumo de Drogas no Brasil: Uma Análise da Produção Científica de 1991 A 2001, **Interface - Comunic.,**

- Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.115-29, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a10.pdf>. Acesso em: 19/02/2012.
- CAVALLARI, C. D.; SODELLI, M. Redução de danos e vulnerabilidade enquanto estratégia preventiva nas escolas. In: SEIBEL, S.D. (Ed.). **Dependência de drogas**. 2^a. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. Cap. 36.2, p. 795-809.
- CONTE, M. et al. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. **Boletim da saúde**, Porto Alegre, v.18, n.1 Jan./Jun. 2004, pp. 59-76. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n1_07redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20danos.pdf. Acessado em: 20/02/2012.
- CRUZ, M. S. Redução de Danos, prevenção e assistência. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Brasília: Ministério da Justiça/SENAD, 2011, pp. 155-177.
- DIAS, R. M. **Do asilo ao CAPSad: lutas de saúde, biopoder e redução de danos**. Niterói: UFF, 2008.
- DUARTE, P. C. V.; DALBOSCO, C. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: **Prevenção ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Brasília: Ministério da Justiça/SENAD, 2011, pp. 217-235.
- FONSECA, A. H. L. **Trabalhando o legado de Rogers: sobre os fundamentos fenomenológicos existenciais**. Maceió: Pedang – Centro de Estudos de Psicologia e Psicoterapia Fenomenológico Existencial, 1998.
- FONSECA, E; BASTOS F. I. Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: Comparando as Experiências Americana, Britânica e Brasileira. In: Acselrad, G. 2^a edição. **Avessos do Prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. pp. 1-25.
- MACRAE, E.; GORGULHO, M. Redução de Danos e Tratamento de Substituição: Posicionamento da Reduc (Rede Brasileira de Redução de Danos). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. vol. 52, set-out 2003, pp. 371-374. Disponível em: http://www.neip.info/upd_blob/0000/11.pdf. Acesso em: 20/02/2012.
- MAFFESOLI, M. **Nos tempos das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massas**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- MEDINA, M. G. et al. Epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas. In: SEIBEL, S. D. (Ed.). **Dependência de drogas**. 2^a. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. Cap. 6, p.71-97.

- MOREIRA, F. G. **Prevenção do uso indevido de drogas: avaliação de conhecimentos e atitudes dos coordenadores pedagógicos das escolas da cidade de São Paulo**. São Paulo: USP, 2005.
- PASSOS, E.; SOUZA, T. P. Redução de danos no Brasil: aspectos históricos e políticos. In: Tedesco, S.; Nascimento, M. L. **Ética e Subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009, pp. 96-110.
- PETUCO, D. R. S. **Redução de Danos – outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas**, s.d. Disponível em: <http://denispetuco.com.br/Redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20Danos%20E2%80%93%20outras%20palavras%20sobre%20o%20cuidado%20de%20pessoas%20que%20usam%20%C3%A1lcool%20e%20outras%20drogas.pdf>. Acessado em: 20/02/2012.
- QUEIROZ, I. S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício dos usuários de drogas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 21, 2001.
- REALE, D. Drogas, redução de danos e direitos humanos: transitando com Winnicott. **Revista Urutágua**, Maringá, n. 06, abr/mai/jun/jul, 2004. Disponível em: <http://www.urutagua.uem.br/006/06reale.htm> Data do acesso: 18/02/2012.
- ROLNIK, S. **A diferença no divã: uma perspectiva ético/estético/política em psicanálise**. Palestra proferida na Mesa-Redonda: 'Psicanálise e poder' no III Fórum Brasileiro de Psicanálise: A diferença faz a diferença? Belo Horizonte, set/1994.
- ROSSI, A. Ampliando o conceito de redução do dano? Uma visão desde a América Latina. **Cadernos de Ciências Humanas – Especiaria**, v. 9, n.15, jan./jun., 2006, p. 33-57. Disponível em: [http://www.uesc.br/revistas/especiarias/ed15/15_2_ampliando_o_conceito_o_de_reducao_de_danos.pdf](http://www.uesc.br/revistas/especiarias/ed15/15_2_ampliando_o_conceito_de_reducao_de_danos.pdf). Acessado em: 19/02/2012.
- SAFRA, G. **A po-ética na clínica contemporânea**. São Paulo: Ideias & Letras, 2004.
- SANTOS, V. E. **O objeto/sujeito da redução de danos: uma análise da literatura da perspectiva da saúde coletiva**. São Paulo: USP, 2008.
- SANTOS, V. E.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, pp. 995-1015, 2010.
- SECCHI, J. Z. **Caracterização do programa de redução de danos do município de Balneário Camburiú**. Santa Catarina: UNIJUÍ, 2005.

- SCHUSTER, L.; CECCHIN, R. **Ética e redução de Danos**. Disponível em; http://www6.ufrgs.br/e-psico/etica/temas_atuais/reducao-de-danos-texto.html. Data do acesso: 18/02/2012.
- SODELLI, M., A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de droga. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, 2010, pp. 637-644. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a05.pdf>. Data do acesso: 17/02/2012.
- SOUZA, K. M.; MONTEIRO, S. A abordagem de redução de danos em espaços educativos não formais: um estudo qualitativo no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface**, vol.15, n.38, 2011, pp. 833-844. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/17.pdf>. Data do acesso: 21/02/2012.
- SOUZA, T. P. **Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento**. Niterói: UFF, 2007.
- ZEMEL, M. L. Prevenção - novas formas de pensar e enfrentar o problema. In: **Prevenção ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Brasília: Ministério da Justiça/ SENAD, 2011, pp. 111-130.

*Texto elaborado a partir das inquietações vividas no decorrer do curso “Prevenção ao uso indevido de drogas – Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias” promovido em 2011 pela SEAD/SENAD/UFSC.

**Cícero José Barbosa da Fonsêca. Psicólogo graduado pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Psicólogo Clínico na abordagem Fenomenológico Existencial. Mestrando em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP. E-mail: cjbfmbs@hotmail.com

ANEXO

Modelos	Proibicionista	Redução de Danos
Problema enfocado	o uso de droga em si	Danos/usos de drogas
Lógica	Exclusão	Inclusão
Prioridade	Repressão ao uso de drogas ilícitas e tráfico	Redução de danos à saúde individual e coletiva
Postura em relação droga	Moralismo: estigmatização UD	Realística/Experimental Empático
Papel/posição do Estado	Controle abusivo do cidadão	Provê serviços em UD's Apóia organizações UD Prega direitos dos UD's
Prevenção de drogas	“sociedade livre de drogas”	Dano/risco assoc. abuso
Sistema atenção à saúde	Atendimento médico individual	Vários tipos de serviços
Serviços	“alta exigência” Objetivo: abstinência	“baixa exigência” * “busca ativa” **
Prevenção AIDS entre UD's/UDIs	Dificultada por restrições legais	Articulada como prioridade de saúde pública

*“Alta ou Baixa exigência” refere-se a serviços com critérios de inclusão no tratamento com graus distintos de exigência ampliando a aceitação para pacientes interessados em cuidar de algum aspecto da saúde sem necessariamente tratar-se da dependência de drogas em si.

**“Busca ativa” de usuários de drogas em seu meio (agentes saúde, “redutores de danos”).