

C@DERNO DISCENTE

Políticas de prevenção sobre drogas, pautadas na redução de danos

Evanusia Maria Freitas Andrade Vieira¹

RESUMO

Este artigo tem como objetivo apresentar princípios, conceitos, fundamentos e principais diretrizes da redução de danos. O presente trabalho aborda a temática das políticas brasileiras referentes às drogas, com o objetivo de resgatar o histórico da estratégia de redução de danos (RD). A partir de pesquisa bibliográfica em sítios de domínio público e em bases de dados disponíveis na internet, rastreamos o surgimento da estratégia de redução de danos no País. Enfatiza-se a necessidade de serem devidamente explicitadas as suas implicações e o seu público-alvo em nosso país e que evidências científicas embasarão a prática, levando em consideração riscos e benefícios individuais e coletivos.

Palavras-chave: redução de danos; drogas lícitas e ilícitas; dependência química; problema social; saúde pública.

ABSTRACT

This article aims to present the principles, concepts, fundamentals and main guidelines of harm reduction. This paper discusses the theme of Brazilian policies concerning drugs, with the aim of rescuing the history of harm reduction (DR) strategy. From literature on public domain sites and databases available on the internet, traced the emergence of a harm reduction strategy in the country emphasize the need to be duly explained its implications and its target audience in our country and that scientific evidence will base the practice, taking into account individual and collective risks and benefits.

Keywords: harm reduction; licit and illicit drugs; chemical dependency; social problem; public health.

Trabalho desenvolvido da Pós-Graduação em Política Pública, Saúde Mental e Dependência Química ¹Psicóloga, Pós-Graduanda do curso de Especialização em Saúde Pública Mental e Dependência Química da Faculdade de Ciências Humanas – ESUDA. 2

INDRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso do álcool é o terceiro maior fator de risco para a carga global de doenças. A bebida alcoólica é responsável, somente no Brasil, por 18% e 3,4% de todos os anos perdidos por incapacitação entre homens e mulheres, respectivamente. Informações que contemplem diferenças entre gêneros sobre padrões de consumo do álcool e problemas relacionados ao uso dessa substância são importantes para identificar populações de risco e conseqüentemente auxiliar no planejamento de programas de prevenção.

O consumo de substâncias psicoativas cresceu vertiginosamente a partir da segunda metade do século XX, configurando-se nas últimas décadas desse século como um fenômeno de massa e como uma questão de saúde pública. Sendo assim, em função da complexidade desse fenômeno na atualidade, a dependência química é um problema que vem recebendo crescente atenção mobilizando tanto o sistema de saúde (Aguilar & Pillon, 2005; Canoletti & Soares, 2005; Martins & Corrêa, 2004) quanto a sociedade de uma forma geral. Além disso, tal questão está ganhando crescente visibilidade, uma vez que discussões sobre a temática estão presentes em diversos meios de comunicação e no âmbito de várias instituições (MARINHO 2005).

Atualmente os problemas relacionados ao uso de drogas lícitas ou ilícitas no Brasil somam-se de forma crescente a uma ampla gama de questões sociais que exigem respostas precisas e efetivas. O debate sobre as formas de abordagem do uso abusivo de drogas é marcada pela discussão de pontos de vista aparentemente inconciliáveis, gerando dificuldades para o estabelecimento de consenso. Entre as questões discutidas mundialmente está a decisão de adotar ou não estratégias de prevenção e assistência orientadas pela lógica de redução de danos. Esta ótica, em uso pelo menos desde o início do século 20, teve impulso na última década como resposta, em grande parte, ao crescimento da ameaça representada pela epidemia da Aids. Redução de danos constitui um conjunto de medidas preconizadas com o intuito de diminuir os prejuízos relacionados ao consumo de álcool e de outras drogas, medidas essas que são adotadas sem que haja a exigência de os indivíduos implicados interromperem imediatamente o uso de drogas (CRUZ, 2003, p. 334). 3

A dependência de drogas é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença que requer cuidados específicos. Como qualquer outra doença, ela pode ser tratada e controlada, devendo ser encarada, simultaneamente, como uma doença médica crônica e um problema social. Entretanto, há uma resistência muito grande, tanto por parte dos próprios dependentes quanto por parte dos familiares, em aceitar que o consumo de drogas é uma doença (Drummond & Drummond Filho, 1998). Segundo a OMS, a dependência de drogas corresponde a um estado mental, e muitas vezes, físico, que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga. Caracteriza-se por comportamento que sempre inclui uma compulsão de tomar a droga para experimentar seu efeito psíquico e evitar o desconforto provocado por sua ausência (Silveira Filho, 1995).

Isso mostra o quanto este problema é importante nas medidas de um conjunto se voltar para a valorização do ser humano e da vida, priorizando o incentivo à educação para a vida saudável e o desenvolvimento pleno sem o consumo de drogas a necessidade da participação ativa da sociedade na multiplicação dessas ações preventivas. (Oliveira, 2003, p. 31).

De acordo com as palavras de Oliveira (2003) a política de governo em relação às drogas assumiu como princípio básico, a partir deste processo a estratégia visa ampliar a consciência social para a gravidade do problema e comprometer as instituições e os cidadãos para com atividades antidrogas no país;

De acordo com a PNAD, a prevenção se orienta pelo princípio da “responsabilidade compartilhada”, onde Estado e sociedade colaboram, com representação dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. O foco das ações é ao nível municipal, com apoio dos Conselhos Estaduais Antidrogas e forte recomendação de que se constitua e fortaleça, em cada município, um Conselho Municipal Antidrogas (COMAD). A prevenção do ser humano e da vida, priorizando o incentivo à educação para a vida saudável e o desenvolvimento pleno sem o consumo de drogas. (OLIVEIRA, 2003, p.31).

Ainda na supracitada obra espera-se contribuir para uma maior compreensão do papel do profissional de saúde frente às políticas públicas voltadas para os problemas suscitados pelas drogas para colocar em prática 4

estas ações estabelecidas pelas diretrizes da Política Nacional Antidroga (PNAD).

A Política de Prevenção

As práticas preventivas têm como objetivo manter a população e o indivíduo saudáveis. Evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde são objetivos clássicos da saúde pública, atingidos mediante ações sociais planejadas sob a forma de programas e políticas públicas. Recentemente vem sendo dada importância aos fatores culturais e individuais que atuam como determinantes do comportamento violento, como por exemplo, atitudes, comportamentos, normas, padrões de relação familiar e de gênero, uso de drogas e álcool, entre outros.

A existência de múltiplos níveis de determinação constitui um desafio para a formulação de políticas de prevenção que promovam o desenvolvimento social e enfrentem fatores de risco específicos. Medidas estruturais para a promoção da equidade social, de direitos civis e humanos fundamentais, o acesso à educação e cuidado à saúde, oportunidade de emprego e trabalho digno são fundamentais para a manutenção e desenvolvimento de formas democráticas e pacíficas de coexistência social. Além disso, medidas de proteção específica para a redução de fatores de risco individuais e controle de danos também são necessárias para a prevenção da morbimortalidade secundária. Para isso, ações intersetoriais e interdisciplinares, com envolvimento não só de diferentes setores do poder público, mas também da sociedade civil organizada, constitui elementos essenciais para o enfrentamento da questão.

A partir de 2002, em função dessa realidade e do aumento significativo do uso de substâncias psicoativas e de suas consequências associadas, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Atenção Integrada ao usuário de Álcool e outras Drogas, demonstrando uma vontade política direcionada à criação de serviços específicos para usuários e dependentes químicos, considerando-se as particularidades dessa problemática, o que não 5

foi e ainda não está sendo fácil para implantar e sustenta. (FERREIRA e LUIS, 2004).

Atualmente, em função da expansão do consumo de substâncias psicoativas e dos problemas a ele associados, muito se tem falado a respeito da prevenção, estratégia considerada de suma importância para se trabalhar o fenômeno da drogadição. Alguns autores (e.g., Marinho, 2005), entretanto, pontuam que, muitas vezes, a questão do consumo fica envolvida em significações marginais que acabam gerando e reforçando preconceitos e segregação em relação ao usuário ao invés de propiciar uma sensibilização para mudança de comportamento.

Entretanto, vale ressaltar que muitas estratégias adotadas, em termos de promoção e de prevenção em relação ao uso de drogas, apresentam uma influência do método cartesiano. A proposta da promoção da saúde é ampla e visa à integridade do indivíduo. Porém, muitos projetos educacionais na área de saúde partem do pressuposto que se pode educar para a saúde, fato que levou a veiculação do ideal de que a assimilação do saber instituído leva à aquisição de novos comportamentos, tornando a educação normativa. Ou seja, alguém, além do próprio indivíduo, conhece o que é melhor para ele e para todos que estão ao seu redor. Isso corresponde a uma herança clara do método cartesiano que ainda prevalece nas áreas de saúde e de educação desde o surgimento da modernidade (Gazzinelli, Gazzinelli, Reis & Penna, 2005). Nas palavras de Kalina & cols. (1999, p. 88), "a drogadição não é mais do que uma das consequências da alienação histórico-social, política e econômica, através da qual se manifesta a dramática dissociação em que vivemos". Ela é um sintoma da crise que atravessamos decorrentes de uma gama de fatores incluídos na dimensão familiar, social e individual, bem como das rápidas e consistentes mudanças no modo de organização das sociedades industrializadas (Toscano Jr., 2001). Essas transformações levaram a um modo de vida racional, materialista e normatizador, no qual o uso de drogas assumiu a forma de evasão, de contestação e/ou transgressão. 6

Os Programas de Redução de Danos

O histórico da Redução de Danos, conforme relato de Brasil (2003), tem como marco inicial uma decisão tomada na Inglaterra, em 1926, de utilizar opiáceos para auxiliar no tratamento de dependentes de ópio, sendo este o primeiro passo na direção da construção de uma estratégia de redução de danos. Primeiro passo porque, pela primeira vez na história moderna se vê a dependência de drogas desde outra perspectiva que trata a dependência como problemática complexa devendo ser abordada através de estratégias múltiplas e singulares. Muito tempo depois, nos anos 80 é que vai se retomar o movimento de revisão na maneira de enfrentar o uso de drogas. É na Holanda, com o problema da transmissão de doenças como a Hepatite B e a AIDS através de seringas compartilhadas por usuários de drogas injetáveis, que se forma uma estratégia já melhor sistematizada de redução de danos, agora através da instrução dos usuários de drogas de como se prevenir de doenças ao usar drogas e da troca de seringas apoiada pelo governo. O primeiro programa de troca de seringas do governo holandês foi implantado em 1984, e logo depois se espalhou pelo resto do continente europeu. Desde um meio de controlar epidemias até chegar a ser uma forma de evidenciar a demanda de um grupo até então marginalizado - o dos usuários de drogas, principalmente injetáveis - a RD evoluiu através de uma intensificação da força política envolvida no combate ao modelo higienista vigente, propiciada pelo espaço aberto aos usuários para se organizar e reivindicar seus direitos. A força política da RD vai se intensificando ainda mais ao longo dos anos 90 com as conferências mundiais de Redutores de Danos, realizadas anualmente em diversos países. A redução de danos é um movimento internacional que surgiu em resposta à crescente propagação da Aids na década de 80, embora as origens desta abordagem aos problemas com drogas possam ser remontadas a um período anterior (QUEIROZ, p.11.2001). No Brasil, em 1998, foi criada a secretaria nacional anti-drogas (SENAD), ligada diretamente ao gabinete militar e adotando uma abordagem baseada na guerra às drogas proposta pelo governo estadunidense em 1989, em uma convenção sobre entorpecentes proposta pela ONU. Desde antes 7

mesmo da criação da SENAD, a redução de danos no Brasil não tem muito espaço frente à política orientada para a abstinência como único caminho e objetivando a erradicação das drogas, no entanto alguns setores, como a coordenação nacional DST/AIDS já buscam uma organização maior a fim de implantar programas de RD no país desde 1989, mas é só em 1995, em Salvador (BA) que é efetivamente implantado o primeiro Programa de Redução de Danos (PRD) do país, que passa então a realizar a troca de seringas para usuários de drogas injetáveis. A partir daí, a RD vai crescendo com o apoio do Ministério da Saúde e pela crescente organização dos redutores de danos e usuários de drogas em movimentos políticos até chegar hoje a um número próximo a 200 PRDs, e constituição das Associações Municipais e Estaduais de Redutores de Danos, além da constituição da formação da ABORDA (Associação Brasileira de Redutores de Danos) e a REDUC (Redução de Danos) que vem intervindo intensamente no sentido de, a partir do fortalecimento do protagonismo entre os usuários de drogas, construir uma força política capaz de enfrentar os saberes constituídos, alterando a dinâmica das redes de poder e assim também a realidade dos usuários. Nos últimos anos a força de resistência política da RD vem aparecendo nas modificações à Lei brasileira de drogas, que caminha para uma flexibilização cada vez maior e progressivo distanciamento do moralismo, com uma maior consideração pelo direito de escolha do cidadão. Neste sentido, Brasil (2003, p. 12):

O principal objetivo das intervenções de RD é o da prevenção da transmissão do HIV/Aids entre pessoas que fazem uso de drogas injetáveis e sua rede de interação social. Para tanto, nos utilizamos de uma estratégia muito concreta: trocar seringas sujas por limpas, uma vez que a principal via de transmissão e reinfecção pelo compartilhamento de seringas e agulhas. É importante colocar que, principalmente neste último ano, está se dando uma migração muito intensa do uso de drogas injetável para o uso de crack, o que tem nos forçado a lançar mão de outras estratégias, tão concretas como a troca de seringas, como a distribuição de “cachimbos”, usados para usar o *crack*. (BRASIL, 2003, p. 12).

Os primeiros programas dessa natureza surgiram ainda na década de 1980, na Europa, com o principal objetivo de conter a disseminação do HIV/Aids entre os usuários de drogas injetáveis, expandindo-se, 8

posteriormente, para diversos países. As ações abarcam desde a criação de espaços de consumo, a distribuição ou troca de materiais estéreis de injeção, a distribuição de preservativos, até tratamentos de substituição para dependentes. No Brasil, os primeiros programas municipais e estaduais foram implementados na década de 1990, ganhando o apoio oficial do Ministério da Saúde a partir de 1994. A estratégia de redução de danos foi progressivamente incorporada à legislação brasileira sobre drogas, de modo que, nas duas últimas décadas as políticas de saúde reconheceram a histórica lacuna assistencial prestada aos usuários de álcool e de outras drogas. Nesse sentido, a partir da aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001 (Brasil, 2001a), que legitimou o movimento da reforma psiquiátrica na área da saúde mental, os usuários de drogas foram efetivamente aceitos como de responsabilidade da saúde pública, mais especificamente, da saúde mental. Assim, entendemos que a redução de danos é uma estratégia pragmática de saúde pública que objetiva reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco ligadas ao consumo de drogas lícitas e ilícitas. No caso dos usuários de drogas injetáveis, visa a diminuir as consequências para aqueles que, por qualquer razão, não interrompem o consumo e acabam por compartilhar insumos como agulhas e seringas, se expondo a diversas infecções e doenças. Machado e Boarini (2013, p. 568) por sua vez, afirmam que,

Nesses termos, a estratégia de redução de danos pode ser definida como mais uma maneira de se abordar o usuário de drogas, descentrando o foco do problema da erradicação e da abstinência e privilegiando o direito à saúde de todos e o respeito à liberdade individual daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso da droga. Como a história indica, essa estratégia surgiu como uma medida de prevenção em resposta à epidemia do contágio por HIV, às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a hepatites (p.568).

A partir dessa reflexão, podemos dizer que a redução de danos é muito mais do que uma alternativa à abstinência no tratamento da dependência química e na prevenção do HIV/AIDS. A redução de danos trata do manejo seguro de uma ampla gama de comportamentos de alto risco e dos danos associados a eles. Desse modo, o importante não é se determinado 9

comportamento é bom ou ruim, certo ou errado. Na redução de danos, a ênfase é se o comportamento é seguro ou inseguro, favorável ou desfavorável. A redução de danos centra-se no que funciona (pragmatismo) e no que ajuda (empatia e solidariedade). (QUEIROZ, p.12, 2001). Em 2004, o governo brasileiro, por intermédio de representantes dos ministérios da Saúde, da Justiça e da Secretaria Nacional Antidrogas, fez uma tentativa de regulamentar as ações de redução de danos à saúde pelo uso de drogas. O grupo trabalhava na elaboração de um decreto cujo objetivo era a criação da Política Nacional de Redução de Danos. A redução de danos, portanto, pode ser entendida atualmente por pelos menos, duas vertentes diferentes: a primeira, mais fidedigna aos conceitos primordiais de sua criação, para reduzir danos de HIV e DST em usuários de drogas injetáveis e a segunda, cujo conceito mais abrangente inclui ações no campo da saúde pública preventiva e de políticas públicas que visam a prevenir os danos antes que eles ocorram. Conforme entendimento de Andrade e Bassit (1995),

Dada à complexidade da problemática do uso de drogas, envolvendo a interação de fatores bio-psico-sociais, o campo das ações preventivas é extremamente abrangente, envolvendo aspectos que vão desde a formação da personalidade do indivíduo até questões familiares, sociais, legais, políticas e econômicas. (p.86).

Em síntese, adotar condutas de redução de danos pressupõe que suportemos a ideia de vivermos fora do campo dos ideais, encontrando formas alternativas de diminuir prejuízos maiores que possam ser gerados a partir de um único problema. As ações de redução de danos constituem um conjunto de medidas de saúde pública voltadas a minimizar as consequências adversas do uso de drogas. O princípio fundamental que as orienta é o respeito à liberdade de escolha, à medida que os estudos e a experiência dos serviços demonstram que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo assim, precisam ter os riscos decorrentes do seu uso minimizados. A estratégia de redução de danos foi progressivamente incorporada à legislação brasileira sobre drogas, de modo que, nas duas últimas décadas, as políticas de saúde reconheceram a histórica lacuna assistencial prestada aos 10

usuários de álcool e de outras drogas. Nesse sentido, a partir da aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001 (Brasil, 2001a), que legitimou o movimento da reforma psiquiátrica na área da saúde mental, os usuários de drogas foram efetivamente aceitos como de responsabilidade da saúde pública, mais especificamente, da saúde mental. Segundo Queiroz (2001, p. 12) trabalhar nessa área é complexo: exige apoio, conhecimento, criatividade e, mais do que isso, exige uma equipe motivada e persistente, que acredite na capacidade de crescimento do indivíduo e da sociedade. De acordo com as palavras de Queiroz (2001),

Ao contrário do tratamento por desintoxicação, as iniciativas de redução de danos não exigem que o dependente deixe de consumir drogas. A ideia é diminuir os prejuízos causados pela dependência, tanto para o usuário quanto para a sociedade. Entre os riscos a serem minorados estão: suicídio, overdose, acidentes, prejuízos cerebrais irreversíveis e doenças transmissíveis, como Aids e hepatite. (p.12).

O tratamento da dependência química na atualidade, bem como as intervenções visando prevenção do uso de drogas, deve romper com o modelo cartesiano, apesar das dificuldades ainda vivenciadas, e assumir que reduzir o fenômeno da drogadição em nossa realidade é algo que depende da interação entre vários grupos, exigindo mudanças substanciais na organização social, diminuindo drasticamente as desigualdades presentes nesse contexto. Também são necessárias mudanças na formação dos profissionais que lidam com essa questão, além de alterações na forma de encarar o paciente ou o indivíduo que apresenta maior vulnerabilidade em relação à droga, encarando os mesmos como seres ativos, que possuem saberes e fazeres próprios, diretamente implicados no processo saúde/doença.

A OMS (2001) destaca que a dependência química deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crônica e como um problema social. Pode ser caracterizada como um estado mental e, muitas vezes, físico que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga, gerando uma compulsão por tomar a substância e experimentar seu efeito psíquico e, às vezes, evitar o desconforto provocado por sua ausência. Não basta, portanto, identificar e tratar os sintomas, mas sim, identificar as consequências e os motivos que levaram à mesma, pensando o indivíduo em sua totalidade, para 11

que se possa oferecer outros referenciais e subsídios que gerem mudanças de comportamento em relação à questão da droga.

Programas voltados para a prevenção contra o uso abusivo de drogas devem abordar, além da necessidade de repressão e formas de combate, a dimensão socioeconômica e política deste fenômeno. A batalha contra a prevenção e o uso das drogas não é suficiente se for deixado de lado o estudo sobre a sociedade e a sua história junto ao seu comportamento frente ao assunto dos psicotrópicos:

(...) Contraposta à política repressiva de “guerra às drogas”, tal vertente tem por base dois pressupostos: o precedente histórico da inexistência de sociedade que tenham prescindido de uso psicoativo, e que tais usos determinem o mínimo de danos e o Máximo de alívio e bem estar do indivíduo e comunidades. Destaca-se assim a importância de se avaliarem os danos que se quer evitar. Para tal considera-se ser prioritária a ação educativa preventiva ao uso indevido de drogas, ainda que isso não signifique operar com a dicotomia preventiva versus curativo (CAMARGO JR., 1999).

A promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, das consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade. Enfatiza-se aqui o importante papel dos sistemas públicos de educação e saúde nessas ações (Ministério da Saúde, 2004).

A Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil traz a efetiva prevenção aplicada:

1.1.1A efetiva prevenção é fruto do comprometimento, da cooperação e da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais, federal, estadual e municipal, fundamentada na filosofia na “Responsabilidade compartilhada”, com a construção de redes sócias que vise à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde. (Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde. 2008, p. 16.)

Conforme visto, as ações preventivas devem ser pautadas em princípios éticos e diversidade cultural. As mensagens utilizadas em campanhas e programas

educacionais e preventivos devem ser claras, considerando as especificidades do público-alvo, as pluralidades culturais, a vulnerabilidade, respeitando as diferenças de gênero, raça e etnia. 12

É preciso caminhar na interdisciplinaridade dos saberes técnico-científicos e na negociação de práticas de cuidado que incluam as diferenças entre os sujeitos e que trabalhe as tensões entre a gestão e atenção. A compreensão sobre a construção social de gênero traz entendimentos para a intervenção de profissionais da saúde em um campo, às políticas públicas e práticas profissionais consolidadas, como o da dependência química, contribuindo para o desenvolvimento de saberes, que se mostra escassa.

Nas palavras da autora:

Entendemos por usos de drogas as mais distintas práticas de consumo, que podem incluir o uso de bebida alcoólica, de drogas consideradas ilícitas ou de medicamentos disponibilizados em farmácias; contextos distintos, como festas, bares, ruas; em grupo ou individuais; por pessoas de distintas idades, contextos culturais, escolaridades (MORAES, 2011, p.17).

Nas ideias da autora Moraes (2011) o uso de drogas se diferencia em todos os gêneros, não sendo o consumo de substâncias lícitas e ilícitas restrito a um único grupo, devendo cada um deles ser tratados de acordo com suas especificidades.

Assim, ressalta-se a necessidade de realização de mais trabalhos que tragam mais subsídios teóricos e práticos, para que profissionais da saúde possam melhor atuar no contexto, levando-se em consideração, repita-se, que a abordagem de drogas deve ser feita levando-se em consideração as diversidades sociais. Além da diversidade das necessidades de cuidados provenientes dos diferentes tipos de uso – recreativo problemático/abusivo e dependência; também se faz imprescindível considerar a variedade de ações para um público heterogêneo (crianças, adolescentes, homens, mulheres, idosos, índios, presidiários, profissionais do sexo, entre outros).

Em face desse cenário Ude(2007b) afirma ser imperioso a seguinte reflexão:

Nesse sentido, é importante reafirmar que a perspectiva de gênero oferece amplas possibilidades de enriquecimento da reflexão teórica e prática no campo da Educação em Saúde, devendo-se agregar a outros elementos, tais como classe, idade e etnia. Sabemos, contudo, que a complexidade que nos impõe a questão das drogas não pode prescindir de uma análise dos aspectos macroestruturais e políticos que enredam a questão, sob pena de focalizarmos em aspectos

fragmentados que tendem a produzir intervenções que geram cada vez mais exclusão. (Ude, 2007b). 13

Desta forma, percebe-se que para que as práticas tenham alguma perspectiva de êxito é preciso que incluam uma clara disposição a escutar, apresentando-se como um convite à reflexão e ao diálogo baseado na autonomia dos sujeitos.

Além de um problema social, o uso das drogas deve ser tratado como um problema de saúde pública. A política de redução de danos também pode ser considerada como um conjunto de estratégias de promoção de saúde podendo ainda designar uma política pública reconhecendo a saúde como um direito de todos, promovendo a cidadania das pessoas que usam drogas. As ações de promoção da saúde, onde é possível destacar a informação e educação em saúde e a promoção de práticas corporais; da prevenção, do tratamento, da reabilitação e da inclusão social, além de ações intersetoriais e de políticas públicas efetivas, pode fazer parte da estratégia de prevenção e redução do uso das drogas.

Apesar disso, ainda há se encontra algumas dificuldades na prática dos redutores de danos devido à incoerência entre a forma como o uso de drogas é visto pelo código civil brasileiro (BRASIL, 2006) e a postura ética dos profissionais, em observância aos princípios do SUS. A lei de drogas, no artigo 20, prevê um espaço para a RD como prática de atenção aos usuários de drogas, porém concordância dessa mesma lei com o discurso jurídico-moral de abstinência, explicitada no artigo 33, que trata dos crimes associados às drogas, torna mais difícil a redução dos danos sociais associados ao uso de drogas, já que continua a tratar o usuário como delinquente, assim abrindo caminho para a marginalização desse mesmo. Essas dificuldades têm ainda de ser trabalhadas e superadas, e o trabalho dos redutores de danos também é orientado nesse sentido, ao passo que estimula nos usuários de drogas a conscientização de seu papel de cidadãos brasileiros com direitos, e buscando uma mobilização e melhor organização deles, tenta possibilitar que seus interesses sejam representados e ouvidos nas instâncias decisórias do país. Dentro deste conhecimento está a identificação da população a ser trabalhada, a identificação dos fatores de risco e de proteção desta determinada população e o planejamento da intervenção que será feita.

A dependência de drogas é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença que requer cuidados específicos. Como 14

qualquer outra doença, ela pode ser tratada e controlada, devendo ser encarada, simultaneamente, como uma doença médica crônica e um problema social. Entretanto, há uma resistência muito grande, tanto por parte dos próprios dependentes quanto por parte dos familiares, em aceitar que o consumo de drogas é uma doença (Drummond & Drummond Filho, 1998). Segundo a OMS, a dependência de drogas corresponde a um estado mental, e muitas vezes, físico, que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga. Caracteriza-se por comportamento que sempre inclui uma compulsão de tomar a droga para experimentar seu efeito psíquico e evitar o desconforto provocado por sua ausência (Silveira Filho, 1995)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da literatura aqui apresentada identifica a importância das possibilidades de reconhecimento dos programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. Com objetivos de levar o leitor a perceber, através de um percurso histórico, tratamentos existentes em apontar saídas efetivas para o uso e abuso de drogas; apresentar os programas de redução de danos como uma alternativa a mais na abordagem do problema, que vem oferecer ao usuário um espaço de reconstrução do seu lugar como cidadão. Este estudo teve por objetivo discutir a importância da Prevenção da Redução de Danos nas representações sociais do usuário. No decorrer do estudo preconiza-se que as ações de redução de danos podem e devem ser difundidas no País e incluídas nos diversos programas de saúde já existentes para a população geral, devendo levar em consideração o contexto cultural em que são implementados e priorizar o desenvolvimento de pesquisas que avaliem e aumentem a eficácia destas ações. A partir de uma revisão de literatura relacionada com a problemática das drogas que teve como objeto de estudo a Políticas de Prevenção na Redução de Danos e Drogas. Neste tema estão inclusas, também, necessidades e particularidades em uso de drogas em distintos contextos socioculturais. 15

O interesse por esse estudo surgiu com a participação em uma linha de pesquisa que versa sobre a educação e construção do conhecimento sobre os riscos da droga, reconhecendo um conjunto amplo de melhorias possíveis e desejáveis aos danos causados, para o desenvolvimento de maneiras de enfrentamento de forma a atenuar na redução de danos. Os dados apresentados refletem a necessidade de implementação de estratégias para o enfrentamento do fenômeno das drogas baseadas em especificidades individuais e de grupos de forma a contemplar a heterogeneidade dos sujeitos em seus distintos contextos. Para que isso aconteça efetivamente, é necessário o envolvimento de diversos grupos na sociedade, principalmente a família uma vez que esta apresenta um papel crucial no processo de desenvolvimento de seus membros constituindo-se como primeiro agente educativo/preventivo. Por meio da família a criança vai aprender condutas, hábitos, valores, observando as atitudes dos pais frente à vida e aos problemas inerentes ao cotidiano (Carranza & Pedrão, 2005) A pesquisa sobre os riscos da droga bem como o interesse foi em edificar conhecimento sobre os danos causados pelo uso de substâncias psicotrópicas e os efeitos que elas causam em diversos segmentos da sociedade, fizeram que o tema deste presente trabalho abordasse esta problemática. O estudo e a busca por um conjunto de melhorias possíveis e desejáveis na redução aos danos causados pelo uso de drogas também motivaram o enfrentamento desta temática, com a finalidade de subsidiar esse estudo sobre as representações sociais do usuário. Esse trabalho buscou trazer a luz algumas reflexões possíveis sobre o assunto no intuito de suscitar o debate para o tema na expectativa que esta pesquisa possa auxiliar no desenvolvimento de novos estudos, buscou-se oferecer conteúdo e proporcionar maior conhecimento de ações da política de Prevenção de Redução de Danos de Saúde Pública. 16

REFERÊNCIAS

ABORDA. Associação Brasileira de Redutores e Redutoras de Danos. Disponível em <http://www.abordabrasil.org/>. Acesso em 21.07.10.

AGUILAR, L. R., & Pillon, S. C. (2005). Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 790-7. (2005).

ANDRADE, A.G.; BASSIT, A.Z. In: Avaliação de programas de prevenção de drogas. São Paulo: GREA – Ipq – HC – FMUSP, 1995.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 14724 - Informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2005. 9 p.

BRASIL, Caroline Schneider (2003): *A perspectiva da redução de danos com usuários de drogas: um olhar sobre os modos éticos de existência*. (Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000462878&loc=2005&l=12c44c7b40b8ef6f> Acesso em 14/05/2014).

BRASIL, Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. (Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em 13/05/2014)

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília, DF, 2005, p.277b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: *Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde*.

CAMARGO JUNIOR, K. Políticas públicas e prevenção em HIV/AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BRESSON, M. (Org.). *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil*. São Paulo: Editora 34, 1999. p. 227-262. 17

CANOLETTI, B., & Soares, C. B. (2005). Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 9, 115-129.

CARRANZA, D. V. V., & Pedrão, L. J. (2005). Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas em el ambiente familiar durante la fase de tratamiento em um instituto de salud mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 836-844.

CRUZ, Marcelo Santos, Coordenador do Programa de Estudos e Assistência ao *Uso Indevido de Drogas* do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Projad/Ipub/UFRJ) *J. bras. psiquiatr.* • Vol. 52 • Nº 5 • 2003, página 334. Disponível em: http://www.psiquiatriabh.com.br/reducao_de_danos.pdf#page=40 a Drummond, M., & Drummond Filho, H. (1998). *Drogas: a busca de respostas*. São Paulo: Loyola.

FERREIRA, P. S., & Luis, M. A. V. (2004). Percebendo as facilidades e dificuldades na implantação de serviços abertos em álcool e drogas. *Texto e Contexto de Enfermagem*, 13, 209-216 cesso em: 01mai. 2014. 17h:30min

GAZZINELLI, M. F., Gazzinelli, A., Reis, D. C., & Penna, C. M. M. (2005). Educação em saúde: *conhecimentos, representações sociais e experiências da doença*. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 200-206.

KALINA, E., Kovadloff, S., Roig, P. M., Serran, J. C., & Cesarman, F. (1999). Drogadição hoje: *indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

MACHADO, Letícia Vier; Boarini, Maria Lúcia. 2013, p. 586 Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. 2013, p. 586 ;Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a06.pdf>, acesso em: 01 mai. 2014 as 23:00hs.

MARINHO, M. B. (2005). O demônio nos “paraísos artificiais”: considerações sobre as políticas de comunicação para a saúde relacionadas ao consumo de drogas. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 9, 345-35497. 18

MARTINS, E. R., & Corrêa, A. K. (2004). Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 398-405.

Ministério da Saúde. (1996). *Diretrizes para projetos de redução de danos*. Brasília: Secretaria de Projetos Especiais de Saúde – Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326983.pdf> , acessado em 20 de abril de 2014.

Ministério da Saúde. (2001). *Manual de Redução de Danos*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids.

BRASIL, Lei nº 11.343 de 23 de Outubro de 2006. *Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; 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; define crimes e dá outras providências.* (Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm. Acesso em 21/05/2014).

MORAES, M. (2011). Gênero e usos de drogas: porque é importante articular esses temas? In M. Moraes, R. Castro, & D. Petuco (Orgs.), *Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde* (1a. ed., pp.15-20), Recife: Instituto PAPA/GEMA/UFPE.

Oliveira, Walter F. de, 2003, pp.29-32. Drogas: Políticas de Prevenção, Controle e Recuperação Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/159.pdf>, acesso em 16 mai. 2014, as 23h00min.

Organização Mundial da Saúde (2001). Transtornos devido ao uso de substâncias. Em Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). *Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança* (pp. 58-61). Brasília: Gráfica Brasil. 19

Políticas Públicas sobre Drogas no B r a s i l / Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/327912.pdf> Acessado em 22 de abril de 2014.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2001, vol.21, n.4, pp. 2-15. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932001000400002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932001000400002&script=sci_arttext acesso em: 01 maio 2014. 21h00min.

SENAD. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Brasília, DF, 2010.

FILHO, Silveira, D. X. (1995). *Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

TOSCANO Jr., A. (2001). *Um breve histórico sobre o uso de drogas*. Em S. Seibel & A.Toscano Jr. (Eds.). *Dependência de drogas* (pp. 7-23). São Paulo: Atheneu.