

# REDUÇÃO DE DANOS E SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO BÁSICA

## HARM REDUCTION AND MENTAL HEALTH IN THE PRIMARY CARE PERSPECTIVE

**Marta Conte**

Doutora em Psicologia Clínica pela PUCSP

**Rose Teresinha da Rocha Mayer**

Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS

**Carmem Reverbel**

Especialista em Saúde Mental Coletiva pela UFSM

**Clarissa Sbruzzi**

Graduanda em Psicologia pela PUCRS e estagiária curricular de Psicologia Comunitária no Centro de Referência em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

**Carolina Baptista Menezes**

Graduanda em Psicologia pela PUCRS e estagiária curricular de Psicologia Comunitária no Centro de Referência em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

**Gisele Travassos Alves**

Graduanda em Psicologia pela PUCRS e estagiária curricular de Psicologia Comunitária no Centro de Referência em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

**Rafael Queiroz**

Graduando em Psicologia pela PUCRS e estagiário curricular de Psicologia Comunitária no Centro de Referência em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

**Patrícia Braga**

Graduanda em Psicologia pela PUCRS e estagiária curricular de Psicologia Comunitária no Centro de Referência em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

### RESUMO

A articulação entre Redução de Danos e Saúde Mental na Atenção Básica tem exigido trabalhar com a reformulação da concepção e das práticas em saúde, enfatizando a integralidade e a intersectorialidade e, especialmente, a integração com as ações estratégicas, entre elas e o Programa Saúde da Família - PSF. O objetivo deste artigo é apresentar a Redução de Danos como estratégia em Saúde Pública no campo do uso de drogas junto à Saúde Mental e ao Programa Saúde da Família na Atenção Básica. Para tanto, contextualizou-se o uso de drogas na realidade social, desenvolvendo operadores conceituais que sustentam esta proposta. Relataram-se experiências práticas de Redução de Danos - RD, desenvolvidas em diferentes interfaces, considerando os seguintes aspectos na Atenção Básica: estabelecimento de redes, flexibilidade, respeito às subjetividades e aos direitos humanos e construção de possibilidades em saúde coletiva.

### PALAVRAS-CHAVE

Redução de danos, saúde mental, saúde coletiva, Programa Saúde da Família, Atenção Básica, integralidade.

### ABSTRACT

The issue of Harm Reduction and Mental Health in 'Primary Care' has required the reformulation of health concept and model, emphasizing the integrality and 'intersectoriality' as well as the integration with strategic actions such as the Family Health Care Program - PSF. This article aims at presenting the harm reduction, as a strategy of public health in the field of drug use along with Mental Health and the Family Health Care Program in Health Care. So, the drug problem has been inserted within the context of social reality, through the development of conceptual operators, which sustain this proposal. In addition, practical experiences of harm reduction have been related, all of which interconnected with other fields, considering the following aspects: the establishment of networks, flexibility, respect to subjectivity, construction of possibilities in collective health and respect to human rights.

### KEY WORDS

Harm reduction, mental health, collective health, Family Health Care Program, Primary Care, integrality.

## APRESENTAÇÃO

Este artigo surgiu a partir de duas demandas. Uma delas foi originada nas elaborações ocorridas durante o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Atenção Básica - GT SMAB, organizado pela Secretaria Estadual de Saúde do qual participam a Seção Estadual de Saúde Mental e Neurológica, a Coordenação Estadual do Programa Saúde da Família, a Seção Estadual de Controle das DST/AIDS, o Centro de Saúde-Escola Murialdo - CSEM e o Centro de Referência em Redução de Danos CRRD da Escola de Saúde Pública - ESP. A outra demanda surgiu durante as reuniões de equipe do CRRD que considerou a produção de um texto sobre esse tema um dispositivo de aprofundamento conceitual para a interlocução da Redução de Danos com a Saúde Mental e o Programa Saúde da Família na Atenção Básica.

## REFORMA SANITÁRIA, REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE DROGAS

No contexto político da abertura democrática, ocorreram a 8ª Conferência

Nacional de Saúde, a Constituição de 1988, a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente. Nesse momento fecundo para a ampliação das discussões sobre as mudanças necessárias a serem implantadas no campo da saúde e dos direitos, fortaleceu-se o movimento da Reforma Psiquiátrica. As ações propostas pela reforma no campo da Saúde Mental iniciaram dentro dos hospitais psiquiátricos e nos manicômios mentais dos trabalhadores. Os questionamentos da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária levaram a refletir sobre as maneiras de compreender, de abordar e de relacionar-se, não somente com o portador de sofrimento psíquico, mas também com o usuário de drogas, distanciando-se de uma visão moral e revisando os preconceitos em torno do assunto.

A Reforma Sanitária, com a criação do SUS, permitiu visualizar o usuário de drogas como sujeito de direitos e usuário de saúde, ainda que mais não seja, especialmente a partir do princípio da universalidade – saúde é um direito para todos.

E quais foram, então, as contribuições da Reforma Psiquiátrica para o campo do uso de drogas? Uma grande aprendizagem está demonstrada na:

- a) ação contínua de “abrir” a porta dos manicômios - não somente das instituições manicomiais, já que os manicômios mentais são instituídos a qualquer hora e em qualquer enquadre, pois se trata de uma lógica de controle disciplinar dos “desviantes”;
- b) necessária humanização da relação dos profissionais com os usuários que, na sua grande maioria, permaneceram abandonados nos hospitais psiquiátricos, perdendo seus direitos, empurrados para uma exclusão social que apresenta como fim o agravamento das condições psíquicas e de cidadania. Para a humanização da saúde mental, várias ações foram propostas, tais como eliminar os meios de contenção; revisar a forma como os diagnósticos são utilizados; relativizar os prognósticos; restabelecer a relação da pessoa com o próprio corpo, promovendo o reconhecimento de si; retirar o uniforme e utilizar roupas próprias; recuperar a manifestação de afetividade; promover trocas sociais; valorizar o gênero; reconstruir o direito e a capacidade de palavra, ouvir e ser ouvido; assim como reconstruir o direito ao trabalho. Todas essas ações são de extrema importância para que o usuário em dificuldade recupere suas capacidades, com dignidade (ROTTELLI et al., 1990).

A abordagem da Saúde Pública voltada para os usuários de álcool e outras drogas acompanhou os avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica e pela Reforma Sanitária, o

que significou o reconhecimento de direitos e deveres dos “loucos” e, por consequência, também dos “toxicômanos”. Neste sentido, passa-se a dar maior visibilidade ao usuário, como um sujeito de direitos e coloca-se em debate aspectos fundamentais, como responsabilidade individual; responsabilidade penal; liberdade de escolha; descriminalização; diversificação das modalidades de atendimento, objetivos e direção dos tratamentos; qualificação na interface da saúde e da lei e dispositivos de saúde sócio culturais (esporte, lazer, cultura, trabalho), no compasso com os princípios e as diretrizes do SUS.

Com esses avanços, tanto no hospital como na rede de serviços de saúde, a relação entre as pessoas está fortalecida pela solidariedade, fundamental para o elo na aliança terapêutica. Aliança terapêutica = solidariedade + sociabilidade + afetividade.

Nessa perspectiva, trabalhar em saúde, tanto em saúde mental quanto no campo da Atenção Básica, é estar em disponibilidade, deixar falar, estar em posição de escuta, em uma visão psicodinâmica que considera a importância do reconhecimento social e do exercício de cidadania, criando e mantendo canais e oportunidades abertos para que a promoção em saúde seja possível sempre. Na abordagem do sofrimento psíquico, trata-se de entrar no mundo dos afetos com cada usuário tentando descobrir possibilidades e potencialidades, novas maneiras de relacionar-se e viver.

Desse modo, também, a flexibilidade que envolve tanto a Reforma Psiquiátrica quanto a Reforma Sanitária assim como a Redução de Danos significa que se entenda saúde para

além da moral, ou seja, o trabalho em saúde não pode envolver preconceitos pessoais ou juízos de valor. Centra-se no desejo, na demanda e na necessidade do usuário do sistema. Considera-se, então, que as drogas sempre existiram em várias culturas, em diferentes tempos e espaços; lícitas e ilícitas fazem parte deste mundo. Contudo, ainda que seus malefícios à saúde sejam visíveis, não podemos esquecer que elas proporcionam prazer aos usuários e, acima de tudo, servem de anestésico frente ao mal-estar que cada um e os coletivos vivem na contemporaneidade.

Escolhe-se priorizar vínculos, trabalhando por minimizar os efeitos danosos do uso de drogas, ao invés de simplesmente ignorá-los ou condená-los. Aqui, o critério de sucesso de uma intervenção não segue a lei do “tudo ou nada”, são aceitos objetivos parciais. As alternativas não são impostas de “cima para baixo”, por leis ou decretos, mas são desenvolvidas com a participação ativa da população beneficiária de intervenções horizontais, como propõem as diretrizes e princípios do SUS.

Busca-se a saúde na perspectiva da qualidade de vida. Quanto aos paradigmas científicos, vê-se a relação saúde e doença como um processo produzido socialmente em uma proposta de superação à concepção biomédica vinculada ao diagnóstico e prognóstico. Compreende-se o processo saúde-doença-cuidado como resultante de uma luta, da possibilidade de cada pessoa potencializar-se em relação às suas vulnerabilidades. É nessa concepção que se alinha o SUS, a Reforma Psiquiátrica e a Redução de Danos.

### ***Introduzindo a perspectiva da Redução de Danos***

Quando se fala em redução de danos, tema polêmico, sempre se encontram opiniões divergentes. A RD pode ser entendida como uma prática que visa a possibilitar o direito de escolha e a responsabilidade da pessoa diante da sua vida, flexibilizar os métodos para vislumbrar a universalidade da população envolvida com drogas, com a qual a gestão pública está comprometida.

Vive-se em um mundo dinâmico, de transformações tecnológicas e de valores que incidem nas relações interpessoais, assim como nos preconceitos, o que exige a construção de perspectivas de saúde, alinhadas à defesa dos direitos humanos e ao respeito às diferenças.

O objetivo geral da Redução de Danos é evitar, se possível, que as pessoas se envolvam com o uso de substância psicoativas. Se isso não for possível, para aqueles que já se tornaram dependentes, oferecer os melhores meios para que possam rever a relação de dependência, orientando-os tanto para um uso menos prejudicial, quanto para a abstinência, conforme o que se estabelece a cada momento para cada usuário.

Sessenta por cento das pessoas cadastradas nos Programas de Redução de Danos - PRD deixaram de compartilhar agulhas e seringas; 23% das cadastradas aos PRD solicitaram tratamento para dependência química e desses somente 80% conseguiram vaga para tratamento (muitos relatam a dificuldade de adesão a tratamentos que exigem a abstinência); 48% dos usuários são porta-

dores do vírus HIV, isso porque diminuiu a transmissão de doenças infecto-contagiosas e se promoveu a reinserção social de usuários de drogas.

Hoje, configura-se, diante do atual cenário, a necessidade de sua expansão de forma a contemplar os estilos de vida dos diferentes usuários de álcool e outras drogas, e cidadãos em geral, em situação de vulnerabilidade. Considera-se que essa complexidade exige ações transversais e multissetoriais, que integrem enfoques e abordagens variadas na promoção de saúde. Compreende-se que, ao criar possibilidades de redução dos danos subjetivos, se qualificam as condições para o exercício da cidadania (BRASIL, 2003).

A simples troca de seringas não estimula o uso, e, sim, evita-o e conscientiza o usuário da necessidade de evitar o contágio do HIV e da hepatite, bem como propõe informação e conscientização sobre o autocuidado.

As ações de Redução de Danos deram visibilidade, inicialmente, aos usuários de drogas injetáveis no SUS, promoveram a organização de profissionais e usuários, trouxeram contribuições significativas para a revisão das leis em vigor e proporcionaram o compartilhamento de saberes técnicos e saberes populares, criando condições para a construção de estratégias que se mostraram eficazes na abordagem dos problemas de saúde dos consumidores de drogas, como se pode constatar nas experiências que constam neste texto.

Ao falar-se nesta importante interface, Redução de Danos e Saúde Mental nos Programas de Saúde da Família na Atenção

Básica, precisa-se considerar as diferentes concepções e formas de agir em saúde.

Essa concepção permite um trabalho em saúde de forma integral, equânime e justa. 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.

Assim, a atenção integral compreende o desenvolvimento contínuo de produção de singularidades e coletividades na trajetória de vida dos usuários dos serviços e dos trabalhadores.

A complexidade do problema do uso de drogas na contemporaneidade nos coloca o desafio de articular saberes, entre eles, psicológico, sociológico, jurídico, etnológico e religioso. O que ainda se observa é uma dissociação entre os saberes, em que cada um reivindica para si a compreensão desse fenômeno e tenta oferecer explicações e soluções, muitas vezes reducionistas.

Torna-se inviável pensar o uso de drogas como competência de um saber único. É necessário compor dentro de uma perspectiva interdisciplinar, com vista à resolução de um problema complexo, o qual requer ações articuladas (JAPIASSU, 1976).

As ações de Redução de Danos contribuíram para clarear a visão sobre esse complexo problema social, flexibilizando métodos para facilitar o acesso, universalizando o atendimento e produzindo lugares de cidadania.

Originalmente, a Redução de Danos estava voltada para a prevenção de doenças

de transmissão sangüínea entre Usuários de Drogas Injetáveis - UDI. A natureza de seus propósitos chegou a ser identificada apenas como uma prática de trocas de seringas. Todavia, progressivamente, passou a ser vista pela essência de seus princípios: respeito aos usuários de drogas pelo direito aos seus produtos de consumo e às suas práticas.

Hoje, o que melhor caracteriza o conceito de Redução de Danos é a **flexibilidade** no contrato com o usuário. Significa estabelecer vínculo, facilitar o acesso às informações e orientações, estimular a ida ao serviço de saúde (quando necessário), utilizando propostas diversificadas e construídas com cada usuário e sua rede social. Para tanto, consideram-se o desejo e a demanda dos usuários, assim como as possibilidades para compor um acompanhamento com combinações em comum acordo, chamado de plano terapêutico.

A Redução de Danos apresentada como uma estratégia em saúde pública questiona consensos colocados de antemão em torno do usuário e das drogas e 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 partir dessa flexibilidade, abrem-se possibilidades de investimento para além da rigidez. 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.

A RD permite uma mobilidade, servindo de referência e ponte entre o sujeito e o laço social do qual parece apartado. Criam-se as condições de trabalho favoráveis ao acolhimento desses sujeitos, construindo com eles esquemas de proteção e de autocuidado, fundamentais para o exercício da cidadania dos usuários de drogas.

As estratégias de RD 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. Na RD, são contempladas a liberdade de escolha e a responsabilidade pessoal.

Assim, estamos entrando em uma nova era com relação às concepções de saúde, buscando superar a compreensão higienista, desde uma postura que não julga, mas constrói 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.

A construção de um campo conceitual não pode prescindir da compreensão histórica, social e cultural do problema em questão, do qual emerge um operador conceitual que é a mudança da lógica repressiva, discriminizante e culpabilizante para uma lógica humanizante, ética e de redução de danos. Essa mudança visa a produzir um impacto social à medida que o imaginário em torno das drogas e dos usuários ultrapassa todas as



interfaces, segmentos sociais e setores institucionais que os abordam (educação, saúde, justiça, entre outros).

Em geral, não se ouvem os usuários de drogas, porque há “consensos” em nossa sociedade, resultando em enurdecimento de 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, freqüentemente, estão associados a práticas de irresponsabilidade, de prazer irrestrito, de delinqüência e de afronta aos hábitos e costumes socialmente aceitos. O sofrimento e o mal-estar em que vivem ficam invisíveis. A droga toma o sentido da cena, incorporando o agente no qual se supõe um poder e que, em decorrência, causa, nas diferentes instâncias, grande impotência. Se o toxicômano diz “eu sou o cara”, as várias instâncias que o abordam confirmam esta posição, à medida que se curvam ao poder mágico de potência da droga quando se aterrorizam e se imobilizam.

Para ampliar as possibilidades de atenção e acolhimento, faz-se necessário considerar a articulação que ocorre em um contexto para determinado sujeito e o encontro com as substâncias.

A lógica repressiva coloca o acento na droga, resultando em baixa resolutividade e significativos danos. Para seguir apostando 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. Trabalhar com saúde pública e drogas significa aceitar que o consumo ocorre, que nem sempre o

consumo leva à dependência e que há diferentes riscos ligados ao uso de drogas. Na perspectiva da RD, cabe ensinar a consumir com responsabilidade e consciência (se for o caso), assim como ensinar a não consumir, de acordo com a forma como as pessoas se colocam em relação à sua demanda de saúde: aos que não tomam drogas, oferecer informação e apoio para que possam defender sua posição e ajudar aos amigos que usam; às pessoas que usam drogas, auxiliá-las para que preservem modelos de consumo não-problemáticos; e para as pessoas que precisam de ajuda, facilitar-lhes o acesso a espaços de informação, orientação e atenção, conforme os movimentos da RD nas experiências desenvolvidas no mundo.

Assim, acolhem-se as formulações de Armani e Ceccim (2001) quanto à compreensão de Educação e Saúde.

Educação como processo relativo aos aprendizados envolve aspectos cognitivos e afetivos de caráter sóciointerativo. Desse modo, abrange tanto o campo das construções cognitivas quanto das experiências intensivas resultantes do estar junto e da composição de coletivos de aprendizagem.

Saúde, em seu sentido mais abrangente, não é a expressão das condições de vida e trabalho, expressando as determinações das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde, mas é também a capacidade de lutar por qualidade de vida e mobilizar energias para reinventar a vida – o social – políticas sociais.

O que se expôs até o momento exige uma transformação que não é simplesmente técnica, mas que envolve a formação e a gestão do trabalho em saúde, mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas.

Para Japiassu (1976), ao falar da patologia dos saberes, é preciso o reconhecimento, por parte de cada especialista, do caráter parcial e relativo de sua própria disciplina, de seu enfoque, cujo ponto de vista é sempre particular e restritivo. Dessa forma, é em função de alguns pressupostos compartilhados que se torna possível entender e abordar o usuário de drogas em sua rede social, sem reducionismos e na sua integralidade.

Nesse entrecruzamento, é preciso considerar várias condicionantes e dimensões que permeiam e afetam o usuário de drogas, devido às circunstâncias sócio culturais, históricas e políticas em que vivemos, para que então se possam acolher contribuições que auxiliem a avançar na abordagem do uso de drogas de forma ética e subjetivante, produzindo espaços de cidadania.

### ***Redução de Danos e Saúde Mental na Atenção Básica***

Uma questão se coloca: como fazer a mudança de abordagem centrada no atendimento especializado aos usuários de drogas para uma atenção integral a partir do Programa Saúde da Família e, de forma geral, da Atenção Básica?

O entendimento que se deseja transmitir é que os profissionais da saúde em geral podem atender aos usuários da saúde

mental, ou seja, todo portador de sofrimento psíquico, incluindo aí os usuários de drogas, não reservando esse atendimento somente ao campo dos especialistas. Um auxiliar de enfermagem, ou um enfermeiro, ou um agente comunitário, em duplas, podem fazer grupos operativos, oficinas de criatividade, assembléias, visitas domiciliares, oficina de geração de renda, passeios na cidade, acompanhar os usuários em viagens, recreação e festas. Essas atividades são escolhidas conforme a capacitação e a habilidade do trabalhador de saúde e do desejo dos usuários. Essa forma de trabalhar em parceria, por exemplo, associando ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e PSF e da Saúde Mental, tem produzido um incremento de saúde entre os profissionais da saúde. Muitos municípios adotaram essa perspectiva, impulsionados por cursos em Atenção Integral à Saúde Mental Coletiva. Esse movimento indica uma nova organização dos serviços que ressalta a importância das reuniões de equipe, de estudos, da integração entre gestão, educação, atenção e a participação social (trabalhadores e usuários) no planejamento das ações, do respeito aos direitos dos usuários. Criar condições para que o sujeito venha a exercitar o cuidado de si e a desejar um projeto de vida, em lugar de o Estado impor o acesso a seus direitos como um dever. Coloca-se a necessidade da formação que contemple esses desafios.

A Redução de Danos e a Saúde Mental, voltados aos Programas de Saúde da Família na Atenção Básica, abordam as pessoas, famílias, grupos e instituições em sua integralidade. Consideram aspectos da saúde



orgânica, psíquica e sua interface com o social, trabalhando com educação em saúde e cidadania.

Os Programas de Redução de Danos - PRD, por meio de seus redutores, vão até a população, dialogam e trocam não apenas os equipamentos, mas sentimentos, informações e experiências de vida.

Em parceria com os PSF, os PRD desenvolvem inúmeras atividades: distribuem na comunidade material informativo e educativo, realizam oficinas em instituições para discutir uso de drogas e sexualidade, incluem o acesso a preservativos masculinos e femininos e a seringas limpas, ensinam formas de diminuir o risco, incluindo a negociação sexual com o parceiro sobre sexo seguro e uso do preservativo. Dispõe-se a uma atitude pesquisadora, participativa, com respeito às diferenças e com ética.

### ***Construção do conceito de Redução de Danos Ampliada***

A Redução de Danos pode ser entendida por duas vertentes principais: 1) como uma estratégia para reduzir danos de HIV/DST em usuários de drogas e 2) como conceito mais abrangente que inclui ações no campo da saúde pública e de políticas públicas que visam a prevenir os danos antes que eles aconteçam (DIAS et al., 2003).

Segundo Woodak (apud REGHELIN, 2002, p. 74), “redução de danos é uma tentativa de minimização das conseqüências adversas do consumo de drogas do ponto de

vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos sem, necessariamente, reduzir esse consumo.”

É um conceito e uma abordagem que podem ser percebidos como empáticos, ou seja, através de uma relação humanitária busca-se auxiliar o usuário no cuidado das conseqüências de seus comportamentos, sem jamais rotulá-lo (RIO GRANDE DO SUL, 2001).

Hoje, a Redução de Danos constitui-se como uma estratégia de saúde pública, sendo apoiada pela Organização Mundial da Saúde - OMS e outros organismos das Nações Unidas (BUCHER, 1995). Ao contextualizar a importância dessa estratégia, o autor defende que é inconcebível deter-se na prevenção a drogas, esperando alcançar resultados, enquanto danos maiores advindos do seu uso se espalham rapidamente.

Contudo, seus resultados têm despertado um entendimento ainda mais abrangente do que RD significa e pode significar, dando origem a uma noção de Redução de Danos Ampliada, ou seja, uma ação que busca a interface com os diversos setores (judicial, educacional, saúde, entre outros) e com uma lógica que possa ser aplicada nas diferentes demandas sociais, e não apenas na saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, a Redução de Danos desenvolvida entre UDI mostra-se eficaz e, portanto, em condições de ser ampliada junto a usuários de outras drogas, tais como álcool, crack, tabaco, tanto no tocante à disponibilização de insumos para uso seguro, quanto no fortalecimento do protagonismo desses consumidores para

a realização de ações entre pares e sua participação na formulação de políticas públicas, estratégias de comunicação e elaboração de materiais educativos (BRASIL, 2003).

A fim de articular o conceito de RD Ampliada no Grupo Assessor, do qual participam o Centro de Referência em Redução de Danos da ESP, a Seção Estadual de Controle das DST/AIDS, a Seção Estadual de Saúde Mental e Neurológica e o Movimento Metropolitano de Redução de Danos - ONG e, recentemente, a Coordenação Estadual de PSF e a Coordenação dos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva - NURESC da ESP, desenvolveram-se discussões a partir das quais emergiram várias construções, propostas pelos participantes, com relação à formulação do conceito de Redução de Danos. Estas formulações permitem visualizar a pluralidade de agenciamentos da RD Ampliada em direção à integralidade, ilustrando as possibilidades de articulação intersetorial.

*Segundo Marta Conte<sup>1</sup> CRRD, acredita-se que Redução de Danos são 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. Possibilidades de Vida pode ser traduzido por auto-estima, autocuidado, reconhecimento do sujeito em um vir-a-ser (dever) desejante. Quando a escola considera a realidade com drogas e aborda esta questão de forma ética, estará reduzindo danos subjetivos. Quando a rede de saúde se pauta pela estratégia de RD, ocorre maior*

*probabilidade do/a usuário/a ser acolhido/a e estabelecer vínculo (qualidade de vida). Quando a segurança aborda o/a usuário/a com ética estará fazendo RD subjetiva.*

*Rose Mayer<sup>1</sup> (CRRD) considera a RD como um paradigma a partir do qual se parte do real, do existente para uma situação melhor e possível. Relaciona-se com a interdisciplinaridade, pois o “real” e o “possível” podem ser vistos de vários olhares. Pressupõe autoria, protagonismo, pois é o sujeito que vai poder avaliar o “real” e o “melhor”. É um processo educativo, de construção de autonomia.*

É prevenir o HIV, além de minimizar danos em relação ao uso de drogas. É um conceito ampliado que se dirige aos princípios do SUS com ênfase na integralidade, lógica de trabalho que medeia um ideal imperativo que conduz ao fracasso. É uma estratégia de saúde pública, uma transversalidade que pode permitir um melhor delineamento intersetorial. É um conceito operador que implica territorialização política, administrativa e técnica da atenção em saúde coletiva, qualificando práticas com trabalhadores de saúde. Compreende um paradigma de trabalho que relativiza as intervenções de acordo com a realidade, que se preocupa com a escuta de demandas, desejos e necessidades, que viabiliza e sistematiza um plano de trabalho singularizado.

*Jeanine Woycicki<sup>1</sup> - DST/AIDS descreve Redução de Danos como “uma estratégia de intervenção em saúde. É ampla, é orgânica, é atual, é diversa, é envolvente e*

1 Colaborador(a) do Grupo Assessor. Informação verbal emitida em janeiro de 2004.

*está sempre em processo de atualização; é possível. Contudo, sua diversidade provoca sombreamentos e indefinições.”*

*Segundo Caroline Brasil<sup>2</sup> - DST/AIDS, Redução de Danos é uma forma de relação com a vida ou ausência de vida. De maneira mais específica, é um modo de compreender e intervir com a problemática do uso de drogas e os danos sociais associados a este. Trata-se, portanto, de um conjunto de saberes e tecnologias que dão corpo a uma política pública e social, norteada pelos princípios da transversalidade, integralidade, equidade, universalidade, participação/controlado social. De forma ampla, pretende o resgate profundo do estatuto de cidadania no corpo social.*

*Thaiane Vinadé<sup>3</sup> explica: Redução de Danos Ampliada é uma estratégia de ação no que tange à problemática do uso de drogas, buscando um resgate de cidadania e reinserção social através da avaliação individual e subjetiva dos danos associados. O conceito ampliado busca uma ação transversal, fazendo com que se possa problematizar a temática da RD no cruzamento com outras áreas, além de superar a dimensão simplista, muitas vezes presente na troca de seringas. Seus conceitos fundamentais são: vínculo real diferente de ideal, autonomia, ética e universalidade.*

*De acordo com Carmem Reverbel<sup>4</sup> - CRRD “é uma forma de trabalhar que leva em conta*

*o(a) usuário(a), os seus sentimentos, desejos, opções. Está vinculada a questão das drogas, neste momento histórico, tendo como conceitos os princípios do SUS”.*

*Para Ronaldo Hallal<sup>4</sup> - DST/AIDS, RD é: a) estratégia de mediação com o mundo, vida, pessoas, hábitos; e, b) conceitos: integridade, realidade, “dualidade” intrínseca à vida, liberdade.*

*Sandra Bueno<sup>4</sup> - DST/AIDS explica a RD a partir de dois olhares, um micro e um macro. Chama ao micro de Redução de Danos Individual, compreendendo ações que dêem acesso a bens, serviços e informações que viabilize ao indivíduo a se perceber para adotar medidas de autocuidado, minimizando os danos em relação ao uso de drogas, álcool, entre outros, e buscar dentro si possibilidades de mudanças para construir a sua própria trajetória de inserção na sociedade, resgatando sua cidadania, e muitos lutando contra sua morte civil. Com relação ao macro, classifica como Redução de Danos Social, ou seja, estratégias que têm implicações políticas, com diretrizes, tecnologia e metodologia próprias (Projeto de Lei, etc...) que socializadas, permitem que a sociedade como um todo perceba e adote medidas de prevenção, minimizando seus danos em relação ao uso de álcool, drogas, etc. Estas diretrizes, ações e estratégias devem respeitar princípios do SUS, questões ético/morais, integridade, interdisciplinaridade, valorização da subjetividade, etc...*

2 Colaborador(a) do Grupo Assessor. Informação verbal emitida em janeiro de 2004.

3 Colaboradora do Grupo Assessor e participante do Movimento Metropolitano de Redução de Danos. Informação verbal emitida em janeiro de 2004.

4 Colaborador(a) do Grupo Assessor. Informação verbal emitida em janeiro de 2004.

*[...] conceito de Redução de Danos é muito mais amplo do que possa expressar. RD é o jeito que percebo e interajo com o mundo, sujeito com direitos, e o quanto valorizo as questões subjetivas.*

Em síntese, poderíamos dizer que Redução de Danos Ampliada é um conjunto de medidas de saúde pública que buscam potencializar o trabalho em rede, a inclusão social, a produção da autonomia e o protagonismo dos usuários, além de minimizar as conseqüências adversas do uso de álcool e drogas, infecção pelo HIV e de hepatites. Somado a isso, ela possibilita a elaboração de projetos terapêuticos de menor exigência, sem perder de vista a inserção da saúde mental na Atenção Básica.

### **Experiências práticas**

Para dar uma idéia da operacionalidade dos conceitos aprofundados no item anterior, trazemos relatos de experiências e de iniciativas no campo da redução de danos, internacionais, nacionais e regionais.

Entre os exemplos de práticas que utilizam a estratégia da Redução de Danos, apresentam-se:

- **Redução de Danos na Clínica**

Refere-se a conceitos da clínica que operacionalizam uma posição de escuta a partir das demandas singulares, considerando a transferência estabelecida e a importância do reconhecimento de um lugar social para o sujeito envolvido com as drogas,

conforme intervenções desenvolvidas pelos trabalhadores na rede através de ações intersetoriais.

- **Programas de Redução de Danos - PRD**

- **PRD de Porto Alegre** - Situa-se aqui, a título de exemplo, as algumas ações do PRD de Porto Alegre. Entre as ações desenvolvidas, encontra-se uma ação comunitária em uma região central de Porto Alegre/RS/Brasil, conhecida como “Chocolatão”, por estar ao lado de um grande e suntuoso prédio da Justiça. O PRD de Porto Alegre acompanhou o desenvolvimento do programa do Governo Federal FOME ZERO, incluindo nas ações desse projeto uma outra ação social que visou ao acesso às consultas na unidade básica de saúde através da realização de carteirinhas, documento que viabilizava o atendimento. Já junto ao PSF Tijuca/Laranjeiras, desenvolveu ações de RD para acessar e qualificar o vínculo com usuários de drogas não-acessados pela unidade de saúde. Os agentes comunitários, no exercício de sua função, depararam-se com a necessidade de formas de acolhimento e atendimento para a população de 12 a 20 anos não-contemplada por políticas públicas específicas. Essa parceria objetivava instalar um processo de aproximação, abordagem e acolhimento às pessoas envolvidas em situação de risco à saúde. As ações e parcerias desdobraram-se em:

#### **Parcerias Retomadas:**

- Com a Saúde: PSF Tijuca/Laranjeiras; PSF Lomba do Pinheiro; COAS; SAE.

- Com a Saúde Mental: Casa Harmonia; Hospital Vila Nova - DQ.
- Com a Educação: Escola Porto Alegre.
- Com Serviço Social: Acolhimento Noturno; Educação Social de Rua; Lar Dom Bosco; Abrigo Marlene.

### **Novas Parcerias:**

- Com a Saúde: PSF sem domicílio; PSF Modelo; Tisiologia.
- Com a Saúde Mental: Cais 8; Cruz Vermelha.
- Com a Educação: Escola de Saúde Pública; Escola Emílio Meyer.
- Com o Serviço Social: Casa de Convivência; Atendimento Social de Rua.

### **Reuniões de Redes:**

- Com a Rede Ampliada de Atendimento a Moradores de Rua.
- Com PAICA (Intersecretarias).

### **Oficina de RD na Casa Harmonia - Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência - CAPS:**

- Realizaram-se, com a coordenação dos redutores de danos, oficinas de redução de danos com crianças e adolescentes em vulnerabilidade do social, com o objetivo de construir estratégias de autocuidado a partir do desenvolvimento da auto-estima e valorização da cidadania.

### **Oficina de RD no Hospital Geral Vila Nova:**

- Os redutores criaram junto à equipe responsável pelos leitos da dependência química uma demanda pelas oficinas de RD voltadas ao processo de alta. O objetivo era preparar os pacientes para o enfrentamento da realidade pós-alta, através do desenvolvimento de estratégias de redução de danos, considerando o que é risco para cada um.
- **Programa de Redução de Danos** – situam-se as ações da ONG VHIVA MAIS de Canoas (Grupo de Apoio ao Soropositivo e Prevenção a Aids) que se trata de uma ONG, fundada em 23 de abril de 1999, na cidade de Canoas, região metropolitana de Porto Alegre, que realiza através do trabalho de seus 29 voluntários, ações, tais como Grupo de Mútua Ajuda para Soropositivos e/ou Doentes de AIDS, Grupo de Adesão ao Tratamento Anti-retroviral, Oficinas de Camisinha Feminina, Troca de Cachimbos para usuários de crack, acompanhamento hospitalar e acompanhamento domiciliar. Desenvolve cinco projetos, inicialmente financiados pelo Ministério da Saúde e UNESCO/UNDCP: Formação de Núcleos de Ajuda Mútua, Profissionais do Sexo, Acompanhamento Domiciliar, Geração de Renda e Redução de Danos para Usuários de Drogas. Possui, também, um Termo de Cooperação Técnica junto ao Núcleo de Igualdade e Com-

bate à Discriminação no local de Trabalho da Delegacia Regional do Trabalho do Ministério do Trabalho e é integrante da Comissão de DST/AIDS do Conselho Municipal de Saúde de Canoas, Membro do Grupo de Estudos de Álcool e Outras Drogas da Escola de Saúde Pública do RS, Fórum Metropolitano de Redução de Danos do RS. Os trabalhos em campo ocorrem diariamente, de segunda a sábado, através de oficinas com a rede social do UD. À noite, além das intervenções com profissionais do sexo e amigos dos projetos, ocorrem oficinas e palestras em escolas de formação profissional, albergues, rede pública de ensino. Atualmente, estão firmando parceria com o Albergue Judicial em Canoas para intervenção comportamental no que diz respeito à adesão ao tratamento e uso indevido de drogas lícitas ou ilícitas.

- **Programa de Redução de Danos de Cachoeirinha** - surgiu a partir da idéia de que era preciso combater a epidemia da AIDS. Por ser Gravataí um município de grande incidência de soroprevalência entre usuários de drogas, e pelo grande deslocamento dos usuários entre cidades em função dos pontos de vendas, surgiu a demanda de desenvolver ações de RD em Cachoeirinha (município vizinho). Isso ocorreu por meio dos membros do Movimento Metropolitano de Redução de Danos - MmRd que faziam trabalho de RD em Gravataí.

Depois de aprovado o projeto, iniciou-se o trabalho de mapeamento das áreas de atuação. A equipe foi formada levando em conta o conhecimento que os membros tinham do município. Em pouco mais de um mês, a área de abrangência estava delineada, e a Zona Norte foi escolhida como ponto de referência do projeto, nela compreendiam os bairros Fátima, Anair, Navegantes e Nova Cachoeirinha. Os primeiros seis meses do projeto fluíram de acordo com o previsto, tivemos alguns entraves burocráticos e não se conseguiu a inserção política desejada dentro do município. A partir do quinto mês de execução, começou-se a notar uma visível diminuição do uso de drogas injetáveis, e, através de conversas com os usuários, descobriu-se que grande parcela teria migrado para o uso do crack. O desamparo da equipe foi grande, e a busca de capacitação foi fundamental. Com uma diminuição significativa do número de UDIs e uma crescente migração para o uso do crack, a equipe teve que mudar as técnicas de abordagem. Em um primeiro momento, começou-se a incentivá-los a não compartilhar a lata (utilizada para o uso do crack). Com a participação no Seminário Nacional de RD em São Paulo, ficou-se sabendo da experiência da troca de cachimbos e, com a permissão do Ministério da Saúde, foi feita uma compra experimental de trezentos cachimbos para testar a aceitação do público-alvo. Apesar de



algumas reclamações, obteve-se boa margem de aceitação por parte dos usuários de crack.

Estabeleceu-se uma parceria com o grupo “Elementos do RAP”; realizaram-se alguns eventos em parceria e se conseguiu atingir de forma mais objetiva uma parcela de usuários que até então estava longe do nosso alcance. Dessa parceria surgiu o tema para o documentário “RD - um olhar de dentro” do Ministério da Saúde, que foi usado para conscientizar a comunidade, através da música, sobre os danos decorrentes do uso indevido de drogas. Com isso, foi feita parceria com líderes comunitários para a realização de atividades culturais com crianças e adolescentes na vila. Dessa parceria surgiu a idéia de fazer um projeto à parte do PRD que fosse voltado exclusivamente para crianças e adolescentes. Assim, no meio do terceiro ano, surgiu o projeto “Hip Hop na Veia”, financiado pela Secretaria Estadual de Saúde. Com isso, foram feitas novas filmagens para complementar o documentário. Apesar de serem dois projetos distintos, com financiamentos diferentes, os projetos complementam-se entre si. O Movimento HIP HOP cresce cada vez mais entre os jovens da periferia; essa foi a forma mais fácil encontrada de comunicação com tal população, pois tudo que envolve o RAP, a dança de rua e o *graffiti*, chama a atenção dessa população.

- **O Projeto TreinAgente** - é um dos projetos que está sendo desenvolvido pelo Movimento Metropolitano de Redução de Danos - ONG que vem atuando em RD na região metropolitana de Porto Alegre, desde 2000. Esse projeto tem como objetivo ampliar as ações de RD, bem como implementar uma metodologia próxima da realidade encontrada nos municípios. O trabalho de prevenção da DST/AIDS vem sendo um desafio que, quanto mais se enfrenta, mais formas de intervenção vão aparecendo e se mostrando possíveis. Os dados mais recentes têm mostrado que a epidemia da AIDS ainda está em plena expansão, principalmente na região Sul do Brasil, entretanto os municípios da região metropolitana de Porto Alegre-RS são responsáveis por 73% dos casos de AIDS do Estado, e o uso de drogas é o 2º comportamento de risco, segundo o Boletim Epidemiológico da Secretaria Estadual de Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2002). O Rio Grande do Sul vem ampliando a cobertura geográfica feita por Agentes Comunitários de Saúde - ACS, e o Programa Saúde da Família - PSF é uma das prioridades do atual Governo. Esses programas, PACS/PSF, estão normalmente inseridos dentro das comunidades, conhecendo as diferenças geográficas e culturais da população e, portanto, torna-se estratégica a parceria com eles, pois eles são a ponta da rede de assistência

em saúde. Notando a importância desse parceiro, trabalha-se com a sensibilização e capacitação desses agentes de saúde para o trabalho com o binômio AIDS e drogas nos anos de 2002 e 2003, posto que a introdução de ações em RD no trabalho dos ACS é uma forma de abranger mais de 223.000 pessoas que estão em situação de vulnerabilidade para a infecção pelo HIV da região metropolitana. A articulação com PACS/PSF, na constituição dessas ações, possibilita a construção de novos modelos em Redução de Danos, com caráter complementar ao modelo de Projetos de Redução de Danos - PRD já estabelecidos, apontando para a perspectiva do fortalecimento de rede. A partir da experiência anterior e de um trabalho de avaliação realizado através de uma pesquisa com o público capacitado, por meio de entrevistas e grupos focais realizados por uma psicóloga e epidemiologista, percebe-se que o trabalho de capacitação e sensibilização favoreceu uma abertura das ACS e das unidades de saúde para as questões relacionadas ao binômio drogas/AIDS, possibilitando uma melhor abordagem das famílias e usuários em relação a esses temas, bem como um maior conhecimento e segurança dentro deste trabalho na unidade de saúde e nas microáreas atendidas. Avalia-se, porém, que tais melhorias não foram suficientes no sentido de poder implementar ações mais concretas e duradouras em Redução de

Danos, nas unidades de saúde e nas microáreas quando não se realiza, juntamente a este trabalho, um acompanhamento das ações e da equipe. Através desse trabalho em um município-piloto (Alvorada), considera-se essa experiência de forma positiva, e vem-se, por meio desse projeto, propor uma continuidade e ampliação dessa metodologia. Acredita-se que, dessa forma, se possa qualificar as equipes das unidades de saúde para o trabalho de redução dos danos decorrentes do binômio Drogas/AIDS, desenvolvendo uma prática em saúde coletiva mais inclusiva dos usuários de drogas, através do aprimoramento do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e técnicos dentro dessas unidades e nas microáreas atendidas.

- **A experiência do PROAD**

(Escola Paulista de Medicina/São Paulo)  
– Trata-se de uma pesquisa realizada junto a um ambulatório de atendimento de usuários de crack, que propunha o acompanhamento da substituição do uso do crack pelo uso da maconha, com importantes ganhos subjetivos, orgânicos e sociais entre os participantes.

- **A experiência em Merseyside**

Inglaterra – PA O'Hare considera que o modelo de redução de danos de Mersey é construído para a organização dos serviços de atenção às drogodependências, dirigido principalmente a reduzir danos relacionados com as drogas, tendo alcançado uma reputação internacional. Três fatores levaram ao

estabelecimento desse modelo. O primeiro foi a política da Clínica de Dependência de Drogas da localidade de Merseyside (Liverpool) que, no lugar de limitar o tratamento ao vínculo com os psiquiatras, disponibilizaram equipamentos injetáveis e organizaram um serviço especializado que continuava a ministrar drogas injetáveis. O segundo é que as ações de redução de danos não foram idealizadas por médicos, sociólogos, ou psicólogos, mas por usuários participantes da Junkiebond de Amsterdam, uma organização de auto-ajuda de usuários. O principal objetivo foi tornar o serviço acessível e fácil de utilizar, reconhecendo que, ao persuadir os usuários para tomar contato, os serviços devem estar adequados às necessidades daqueles para quem se desenhou o serviço. O terceiro fator para aparição do modelo Merseyside foi a colaboração da polícia local, que se comprometeu a observar os serviços e começou a encaminhar aqueles usuários que haviam sido presos. Isso não implicava tolerância com as drogas, mas dirigir sua própria política de redução de danos com o objetivo de evitar a ampliação do uso de substâncias tóxicas que pode resultar em uma primeira condenação.

- **A experiência da Austrália**

Segundo Woodak (apud RIO GRANDE DO SUL, 2001), a RD, como política pública, foi oficialmente adotada na Austrália em 1985, através de implementação sistemática de programas de educação para a saúde nas áreas de drogas e AIDS. Data de meados dos anos 80 e foi acompanhada de uma vigorosa expansão dos programas de metadona (BRASIL, 1998). Os exemplos citados apresentam

a potencialidade da multiplicidade de ações caracterizadas pela inventividade (estilo das pessoas envolvidas, regionalização e cultura), protagonismo e a intersectorialidade. Essas experiências demonstram as possibilidades de articulação da Redução de Danos de forma ampliada.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A REDUÇÃO DE DANOS**

A Redução de Danos nos aproxima da voz dos usuários e toxicômanos, em condições de exclusão, problematizando fatores de risco, como os imperativos sociais de consumo, a influência da publicidade que referenda identidades *standarst*, “de parecer ser”, o rompimento de laços sociais, o moralismo, o preconceito social e a criminalização.

Através da Redução de Danos, tem sido possível retomar um olhar e um desejo de investimento no cidadão usuário de drogas.

Apresentada como uma estratégia em saúde pública, tem sua importância como contribuição ao campo social pelo fato de questionar os consensos citados anteriormente, isso porque, apesar da proibição de algumas drogas, é preciso reconhecer diferentes relações de uso e estar disposto a escutar quem permanece envolvido com as drogas. Os tratamentos em geral não precisam e não devem ser considerados como uma pena para que tenham eficiência, eficácia e efetividade. O contrato de tratamento com quem vem encaminhado pela justiça pode reverter-se em algo terapêutico caso

se consiga trabalhar o engajamento subjetivo do usuário, ou do toxicômano, em relação ao seu ato, para que o tratamento venha a ser assumido como uma escolha.

A RD permite uma mobilidade que nos coloca em outra forma de relação com o social. Lembra muito o trabalho do acompanhante terapêutico.

São várias as formas de estar orientado pela RD. O trabalho do redutor de danos é ativo, isto é, ele vai a campo, ao local onde o usuário utiliza drogas em grupos, “bretes”. Insere-se no grupo e orienta o uso limpo, além de acolher diferentes pedidos de encaminhamento para testagem, consultas, documentos, relação com a justiça, entre outras ações de dimensões integrais e inter-setoriais.

Quanto à RD entre profissionais de saúde, a prática de acompanhar toxicômanos orienta-se menos pelo ideal do que por aquilo que é viável para o usuário. Propõem-se esquemas de proteção, sem necessariamente exigir abstinência a não ser que o uso intenso apresente situações de risco de vida.

O que parece ser um recurso valioso é que as estratégias de RD podem estar incluídas em várias áreas, como tem ocorrido na integração com os Programas de Saúde da Família. A flexibilidade, opção da RD, permite um diálogo maior com diferentes instâncias, ressitando o debate das drogas pautado pela ética e pelo respeito às subjetividades. Por exemplo, quando um juiz se referencia pela Redução de Danos, consegue fazer uma interlocução com uma equipe interdisciplinar e problematizar caso a caso, inclusive a situação dos usuários ou dependentes que

fazem pequenos tráficos para sustentar o uso, sem compulsoriamente enquadrá-los no art. 12 do Código Penal – Tráfico de Drogas, crime hediondo. Quando um professor tem flexibilidade para escutar o que o aluno tem a dizer sobre suas preocupações com seu uso de drogas, várias saídas são encontradas ao lado do aluno. Assim, precisa-se pensar como as ações dos profissionais da saúde podem ser potencializadas, abandonando o ideal fixo da abstinência para acompanhar sujeitos e grupos a partir da intensidade da motivação que eles conseguirem colocar em cada acompanhamento ou plano terapêutico. Há, sim, um enfoque extremamente terapêutico e de promoção de saúde na abordagem do agente comunitário, que acompanha a população no sentido da construção de estratégias de redução de danos. Pode-se considerar como ponte para um resgate efetivo de cidadania.

Uma constatação bastante produtiva na perspectiva da redução de danos subjetivos em saúde pública é verificar a extensão do que ocorria nas trocas entre redutores de danos e usuários, o que iniciou pela troca de seringas tomou significações de laço social, de inclusão e de cidadania. Junto com a troca de seringas os usuários, ao se sentirem investidos, passaram a trocar olhares, cuidados, informações, pedidos de encaminhamentos e demanda para tratamento da dependência química, entre outros. Essas trocas permitem, muitas vezes, a entrada de um terceiro que rompa com a relação dual, intensa, exclusiva e mortífera com as drogas, própria da dinâmica das toxicomanias. Um circuito libidinal/pulsional se restabelece e se atualiza,

respaldado pela relação com um redutor de danos. Nesse ponto, o redutor de danos se presentifica, há um maior cuidado com o toxicômano pela vulnerabilidade que o expõe a uma situação de risco.

Para finalizar, cabe ampliar a rede de recursos a ser implantada através de ações de redução de danos não-somente nas parcerias entre PACS/PSF e Saúde Mental, mas na Desintoxicação Domiciliar e/ou Ambulatorial, nos CAPS AD, nos CAPS em geral, na Sala de Acolhida Imediata, nas Unidades Básicas de Saúde, na Justiça Instantânea (interface Justiça e Saúde), nos Hospitais Gerais, nos Abrigos, nas Casas de Detenção, nos Grupos coordenados por Agentes Comunitários, nas Ações Intersectoriais (entre elas música, dança, esporte, lazer, profissionalização).

O que seria mais terapêutico?

## REFERÊNCIAS

ARMANI, Teresa; CECCIM, Ricardo. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, dez. 2001.

BASTOS, Francisco Inácio. Redução de danos e saúde coletiva: reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira. In: SAMPAIO, C. M. A. et al. **Drogas, dignidade e inclusão social**: a lei e a prática de redução de danos. Rio de Janeiro: ABORDA, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília, DF, 2003. Aprovada na comissão de intergestores tripartite realizada em Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. **Troca de seringas**: drogas e AIDS: ciência, debate e saúde pública. Brasília, DF, 1998.

BUCHER, R. **Prevenindo contra as drogas e DST/AIDS**: cartilha do educador. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1995. 28 p.

DIAS, João Carlos et al. Redução de Danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 341-348, 2003.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

REGHELIN, E. M. **Redução de danos**: prevenção ou estímulo ao uso indevido de drogas injetáveis. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública. **Guia de redução de danos para trabalhadores da saúde**: subsídios para a abordagem em drogas e AIDS. Porto Alegre, 2001. 39 p.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, ano 6, n. 4, out./dez. 2002.

ROTELLI, Franco et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.