

# ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS: UM EXERCÍCIO DE EQUIDADE E CIDADANIA NA ATENÇÃO A USUÁRIOS DE DROGAS

Rosina Forteski<sup>1</sup>  
Jeovane Gomes de Faria<sup>2</sup>

## RESUMO

O conceito da Redução de Danos e suas estratégias trouxeram acirradas discussões nas últimas décadas entre defensores e combatentes de sua operacionalização. Em Saúde Pública o conceito aplicado ao uso de álcool e outras drogas apresenta vários desdobramentos de abrangência intersetorial. Por meio de uma revisão crítica da literatura objetivou-se, com a construção deste artigo, caracterizar as estratégias de Redução de Danos aplicadas no campo da Saúde Pública descrevendo suas possibilidades em contraste com as polêmicas sobre o seu uso. A literatura consultada sugere que relevantes alterações têm sido possibilitadas no campo da prevenção com a sua utilização. Concluiu-se que a implantação do uso de estratégias de Redução de Danos em políticas públicas de saúde representa um passo significativo na direção do reconhecimento efetivo da cidadania dos usuários e da oferta dos serviços de saúde com equidade e respeito às diferenças e ao direito de escolha.

**Palavras-chave:** Redução de danos. Saúde pública. Psicologia. Drogadição.

## 1 INTRODUÇÃO

O conceito da Redução de Danos (RD) e suas estratégias trouxeram acirradas discussões nas últimas décadas entre defensores e combatentes de sua operacionalização. É comum desconhecer-se, no entanto, que as estratégias de RD acompanham o cotidiano de todos, uma vez que elas se traduzem em pequenas rotinas executadas diariamente como, por exemplo, o uso do cinto de segurança. Outra medida que exemplifica o seu uso é a aplicação de barreiras protetoras nas estradas e de zonas de impacto na frente dos carros que reduzem as chances de ferimentos no caso de um acidente. As pessoas não deixam de dirigir seus carros, mas as probabilidades de danos são reduzidas por meio destas medidas (STRONACH, 2004).

Em Saúde Pública, a proposta de RD aplicada ao uso de álcool e outras drogas apresenta desdobramentos abrangentes, diversos e relativos dependendo das consequências

---

<sup>1</sup> Psicóloga, Mestranda em Educação pela Universidade Federal do Paraná. E-mail: rsforteski@gmail.com

<sup>2</sup> Psicólogo, Mestre em Psicologia (UFSC), Doutorando em Psicologia (UFSC), Especialista em Atenção Psicossocial em Saúde Mental (FURB/SC) e Psicologia da Saúde (FAMERP/SP). E-mail: psijeo@yahoo.com.br

econômicas, políticas, religiosas e, certamente, morais envolvidas e advindas da sua aceitação. Em função dessa característica ajustável do conceito às ideologias de cada setor, tem-se frequentemente um desvio de foco. Souza (2007, p. 23) faz similar advertência a respeito do conceito de drogas:

Os conceitos abstratos permitem que, por um lado, toda humanidade possa unir-se contra o mal e, por outro lado, qualquer um possa ser um inimigo da humanidade. O conceito de drogas ganha um sentido estratégico uma vez que os critérios que os definem não seguem nenhuma coerência, eles são contraditórios entre si. O grau de contradição e de falta de critério lógico que distinguem as drogas lícitas das ilícitas se tornou foco de interdição moral que, em última instância, se apóia na guerra como estratégia para se eliminar o mal do planeta na medida em que encobre os interesses econômicos que se alimentam desta distinção.

Assim, os princípios que fundamentam as estratégias de RD em Saúde Pública confrontam as classificações dicotômicas do tipo bom ou mau, certo ou errado, normal ou patológico. Para Conte et al (2004), as estratégias de RD são entendidas como a aplicação de práticas que proporcionam condições para a atuação responsável do usuário e o exercício de seu direito de escolha por meio da flexibilização dos métodos, procurando alcançar na prática o princípio de universalidade proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Stronach (2004) acrescenta que a execução de práticas pautadas neste conceito, por meio da aceitação do usuário em sua integralidade e responsabilidade individuais, demanda o reconhecimento de um compromisso honesto com o respeito aos direitos humanos destes cidadãos. A escolha por este viés de entendimento e atenção em saúde presume, portanto, uma consideração incondicional do usuário, tanto com relação à diversidade dos determinantes de seu sofrimento, quanto à legitimidade do seu direito de escolha.

A literatura citada no decorrer do texto aponta para a possibilidade de novas formas de atenção no campo da prevenção com a utilização das estratégias de RD. Segundo Cruz (2006), optar por sua implantação representa a operacionalização de práticas que diminuem os danos provocados pelo uso da droga, mesmo que os usuários não queiram ou não consigam interromper o seu uso. MacRae e Gorgulho (2003) posicionando-se em nome da Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC) descrevem o conceito de Redução de Danos como um conjunto de princípios que trabalha com a postura característica com que cada sociedade se relaciona com a drogadição e os problemas que desta relação advém. Para a elaboração do

presente estudo foi definido o seguinte objetivo geral: caracterizar as estratégias de Redução de Danos aplicadas no campo da Saúde Pública descrevendo suas possibilidades em contraste com as polêmicas sobre o seu uso.

## **2 MÉTODO**

Por meio de uma revisão crítica da literatura objetivou-se, com a construção deste artigo, caracterizar as estratégias de Redução de Danos aplicadas no campo da Saúde Pública descrevendo suas possibilidades em contraste com as polêmicas sobre o seu uso. A revisão foi realizada nas bases de dados SciELO, BIREME e LILACS, utilizando-se o termo “redução de danos” combinado com “saúde pública”, “saúde coletiva” e “drogadição”. Também se utilizou a legislação pertinente em atenção a usuários de álcool e outras drogas no Brasil. No presente estudo, os critérios de inclusão e exclusão utilizados foram definidos a partir do seu objetivo, da relevância para o momento em que se encontram as pesquisas e do conceito de Redução de Danos preconizado pelas políticas públicas de saúde. Foram priorizados para este trabalho os estudos nacionais, totalizando 16 produções, divididas em 08 artigos científicos, 06 trabalhos da legislação e do Ministério da Saúde, 01 capítulo de livro e 01 dissertação de mestrado.

## **3 ANÁLISE DOS RESULTADOS**

A presente análise dos resultados inicia-se esclarecendo o conceito de Redução de Danos em álcool e outras drogas seguido da apresentação dos principais aspectos históricos de implantação do conceito no Brasil. Após são abordados os aspectos históricos da operacionalização do uso das estratégias de Redução de Danos no campo da Saúde Pública, passando para breves considerações sobre duas das principais polêmicas relacionadas ao seu uso: a questão da abstinência e o viés da repressão. Por fim, com base no objetivo geral deste trabalho, buscou-se levantar e discutir os principais conflitos e impasses identificados no processo de implementação da Redução de Danos como conceito orientador de práticas em Saúde Pública para o uso de álcool e outras drogas.

### 3.1 REDUÇÃO DE DANOS EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: CONCEITO E FUNDAMENTAÇÃO

A atenção oferecida aos usuários de álcool e outras drogas e aos seus familiares apresenta características específicas com relação às demandas sociais que emergem concomitantes com o uso de drogas. Para tanto, conforme Alves (2009), as atividades programadas para este público objetivam a redução da possibilidade de riscos e danos e a reinserção dos usuários em seus núcleos sociais com fins de melhorar sua qualidade de vida. MacRae e Gorgulho (2003) enfatizam a importância de combater a exclusão social dos usuários e de incentivar sua atuação ativa nas discussões tanto das problemáticas conceituais envolvidas quanto na elaboração de planos de ação. Assim, o processo de construção de estratégias mais seguras, adaptáveis e eficazes de autogestão, necessariamente inclui o protagonismo e a emancipação do usuário como conhecedor de si mesmo e do seu território.

A defesa do uso de estratégias de RD se pauta na noção de tolerância e respeito à diversidade de comportamentos. Segundo Delbon; Da Ros; Ferreira (2006), a RD propicia alternativas para a promoção da saúde e garantia de direitos de cidadão uma vez que reconhece cada usuário em sua singularidade. Para Andrade (2007), os princípios constituintes da RD são os que prezam pela segurança como preocupação primeira. Acrescenta-se ainda que a orientação desta abordagem tem particular efetividade quando a extinção do comportamento de uso da droga não é possível ou não está em pauta em determinado momento da atenção. Neste viés têm-se práticas que acordam com as propostas do SUS e com pragmatismo suficiente para sair do discurso e chegar à população a que se destina.

A proposta contida nas estratégias de RD representa uma postura realista frente às possibilidades de mudanças dos usuários e à relatividade da gravidade dos danos que podem advir de um uso pouco seguro. Para Soares (2006), o foco da estratégia é a alteração dos comportamentos de risco sem que seja necessária sua extinção completa, propondo como alternativa a promoção de comportamentos de uso mais responsáveis. Como exemplo de ação tem-se a relação das estratégias de RD com a diminuição da propagação de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) que tem no contato sexual sua maior fonte de contágio. O objetivo não é eliminar a prática de relações sexuais do cotidiano das pessoas, mas educá-las a fazer o uso do preservativo como meio de diminuir a possibilidade de contágio.

O trabalho de Redução de Danos, em campo, objetiva manter e fortalecer os vínculos culturais e comunitários dos usuários, correspondendo a uma lógica de território e rede. Esta lógica na prática vem se mostrando como um conjunto de ações possíveis e efetivas que auxilia a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, de acordo com os princípios da Reforma Sanitária (SAMPAIO; FREITAS, 2010). Destarte, a aplicação das estratégias de RD é um manejo teórico-prático que representa mais uma tentativa de operacionalizar o conceito de Clínica Ampliada, atendendo às demandas previstas pela Reforma Sanitária.

A formulação de políticas e estratégias de RD parte das características idiossincráticas dos grupos para os quais a atenção é direcionada. Melcop (2004) relata o cuidado com que são formuladas as políticas em uma abordagem de RD voltada para o consumo responsável de álcool. Em um primeiro momento são avaliados atentamente os direitos humanos envolvidos, para então iniciar a busca por alternativas que respeitem tanto o consumidor quanto o meio no qual ele está inserido. O objetivo é reduzir os danos do consumo irresponsável e não o consumo por pessoa.

A efetividade da forma como são construídas e conduzidas as políticas públicas para atenção aos usuários de álcool e outras drogas, conforme resultados de relatos empíricos e estudos científicos já realizados retratam a emergência e a pertinência atual da implantação das estratégias de RD. O estudo de Ribeiro; Sanchez; Nappo (2010) sobre a cultura do crack demonstrou que a adaptação dos usuários com os aspectos dessa cultura tem relação estreita com algumas alterações constatadas dentro deste círculo, como o aumento da expectativa de vida dos usuários. Observou-se que a capacidade do usuário discriminar os principais e prováveis danos e programar estratégias empíricas para a redução dos riscos dos efeitos psíquicos e da ilegalidade da droga representa um padrão de comportamento capaz de aumentar suas chances de sobrevivência e de diminuir os casos de violência.

### 3.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DE IMPLANTAÇÃO

O uso de estratégias para Redução de Danos com foco na preservação e promoção de saúde teve início na América, na década de 1980, e representava uma tentativa de frear a alta taxa de infecção por HIV. A implantação do conceito atendia a uma necessidade de ação concreta e imediata frente ao fenômeno que se alastrava. Assim, efetivou-se a distribuição gratuita de preservativos e a troca direta de seringas (SOARES, 2006). Desde então, o uso de

estratégias de RD tem se mostrado uma alternativa eficaz, que considera os aspectos históricos do território e do usuário sobre o uso de drogas.

A utilização de substâncias lícitas ou ilícitas pelas pessoas não é um fenômeno recente. Para MacRae e Gorgulho (2003), o uso de substâncias psicoativas para diferentes fins sempre fez parte das práticas da humanidade e a interrupção do uso não representa uma alternativa viável ou até mesmo desejável para muitos usuários. Melcop (2004) acrescenta que no decorrer das histórias particulares de cada povo, as causas e as finalidades do consumo de drogas foram sendo moldadas de acordo com as características específicas dos grupos, podendo ter fins ritualísticos, religiosos, medicinais, agregadores e, mais atualmente, de contestação.

A atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil apresenta um histórico de práticas permeadas pela repressão e pelo tratamento moral. A abordagem ao tema tem sido feita associando o usuário à criminalidade e a comportamentos antissociais e os tratamentos têm sido fundamentados em modelos de exclusão do usuário do convívio social (BRASIL, 2005). Para Delbon; Da Ros; Ferreira (2006), a ótica utilizada para a atenção aos usuários tem sido majoritariamente psiquiátrica ou médica, além da já citada associação do tema à criminalidade e à oferta de tratamentos que abordam a exclusão social do usuário. Assim, não é difícil de constatar a inobservância dos condicionantes sociais e econômicos envolvidos, que culpabiliza o usuário e isenta a sociedade.

No Brasil, o início da aplicação da RD em saúde pública teve berço na cidade de Santos, São Paulo. O Movimento Sanitário desenvolveu na cidade em conjunto com a comunidade e considerando as demandas advindas de um grupo marginalizado de homossexuais, um trabalho de organização de estratégias de RD que acabou por estabelecer aos poucos condições mais cidadãs de convivência, estas novas forças foram aos poucos formando a base para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids. Em 1994 observou-se um novo contexto para a aplicação das estratégias de RD que passaram a ser incentivadas e constituídas em parceria com o Ministério da Saúde (SAMPAIO; FREITAS, 2010).

A prática da RD, por meio da troca e distribuição de agulhas e seringas, deu prioridade ao diagnóstico do HIV e visibilidade aos usuários de drogas injetáveis no SUS. Em função delas ocorreu a organização de profissionais e usuários, a revisão das leis em vigor e a transversalidade de saberes técnicos e populares concretizou-se como uma possibilidade (DELBON; DA ROS; FERREIRA, 2006). Silveira (2008) lembra que a epidemia de Aids possibilitou uma inversão de concepções, colaborando com uma melhora efetiva na atenção

em saúde oferecida à população atingida pelo vírus. Assim, voltou-se o foco para a crescente propagação do vírus entre usuários de drogas injetáveis e seus parceiros. Logo, os discursos anteriormente alimentados sobre grupos de riscos já não mais atendiam a uma realidade que demandava ações pragmáticas e urgentes, passou-se então a considerar modos de intervir nos comportamentos de riscos e nas atitudes de vulnerabilidade dos usuários. Para tanto, agentes passaram a trabalhar nas ruas efetivando ações educativas, buscando o estabelecimento de vínculos de confiança com os usuários, a propagação de estratégias de prevenção e o acesso aos serviços de saúde.

A política de RD apresenta-se como princípio norteador das práticas e cuidados executados nos dispositivos responsáveis pela atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Segundo Alves (2009), os CAPS ad desempenham função estratégica de organização da rede em seu território de atuação, trabalhando com os diversos dispositivos sociais e de saúde existentes e buscando a atenção integral e a inclusão social dos usuários e seus familiares. Neles, as práticas devem ter base em uma concepção ampliada de Redução de Danos assumindo, deste modo, seu compromisso com a preservação e a promoção dos direitos de cidadania dos usuários.

A complexidade do atual cenário em Saúde Pública pressupõe constante revisão e transversalização de saberes e práticas, conforme esclarece a Política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas:

Ao estabelecermos diretrizes, ações e metas na constituição de políticas para o Ministério da Saúde para os próximos anos, deveremos ter em mente a perspectiva transversalizadora que permite a apreensão do fenômeno contemporâneo do uso abusivo/dependência em álcool e outras drogas de modo integrado, e diversificado em ofertas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras da saúde. (BRASIL, 2003, p. 7).

Neste sentido, a operacionalização das Estratégias de RD no campo da Saúde Pública representa um posicionamento teórico-prático de características clínico-políticas. Em razão da integralidade da intervenção, a RD precisa ser efetivada no território do usuário, a fim de se evitar reducionismos e simplificações do fenômeno, sendo praticada para a construção de redes de suporte social, com foco na evolução da autonomia do usuário e sua família. A proposta de intervenção pautada no conceito de RD pressupõe “lidar com a hetero e a autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, usando

recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida.” (BRASIL, 2003, p. 11).

A lógica de Redução de Danos e os conceitos de território e rede devem ser utilizados pelos CAPSad mediante a realização de intensa e sistemática pesquisa das demandas a serem atendidas. A integralidade dos atendimentos deve ser perseguida pela consideração dos profissionais dos aspectos culturais inerentes à comunidade em que o usuário está inserido, acordando, desta forma, com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005). Delbon; Da Ros; Ferreira (2006) acrescentam que a lógica de RD trabalhada pelos CAPSad deve buscar a minimização da influência dos fatores de risco diante do consumo e da estigmatização do usuário por meio de atividades preventivas e educativas, trabalhando também com os familiares. O que se constata, porém, é que a existência de uma regulamentação legal não culmina necessariamente na aplicação efetiva das estratégias de RD. Para Pollo-Araujo e Moreira (2008) o seu uso no Brasil ainda ocorre de maneira tímida, principalmente em ações publicamente observáveis, apesar da existência de leis que regulamentam a sua aplicação em alguns estados, como em Santa Catarina, por exemplo.

### 3.3 ABSTINÊNCIA: UM DEBATE POLÊMICO

A emergência das discussões sobre a política de Redução de Danos chocou os defensores pela abstinência do usuário como pré-condição para o seu acesso ao tratamento. Para Conte et al (2004), a exigência por uma sociedade sem drogas que impõe a abstinência aos usuários acaba por marginalizá-los, pois extirpa do sujeito a responsabilidade por suas escolhas. Alves (2009) relata que a exigência do abandono imediato e total do uso de drogas colabora com as censuras feitas ao usuário em casos de reincidência, fazendo com que estas instituições de saúde sejam territórios produtores de estigmas.

Delbon; Da Ros; Ferreira (2006) explicam que exigir a abstinência é um meio de criar dicotomias e classificações e dificultar a atenção ao usuário. Neste ínterim, torna-se importante definir a postura oficial da política de Redução de Danos frente à abstinência. A Redução de Danos não exclui a abstinência, não nega os danos do uso de drogas e tampouco o incentiva (STRONACH, 2004). Souza (2007) salienta, ainda, que não existe uma oposição da RD ao uso de estratégias clínicas que pressupõem a abstinência, mas uma reprovação do posicionamento dos dispositivos de atenção em saúde que defendem a abstinência como único

objetivo do tratamento. Cruz (2006) acrescenta que não se trata de desprezar a relevância da abstinência para o tratamento de muitos usuários, mas de entendê-la como apenas uma possibilidade entre as várias existentes. Ainda segundo MacRae e Gorgulho (2003) tem sido constatado por estudiosos e pesquisadores que o uso de drogas ilícitas frequentemente reflete uma espécie de automedicação psiquiátrica realizada pelos usuários como meio de fuga ou esquiva de seus sofrimentos e a interdição deste uso pode acarretar agravamento dos danos.

A defesa da abstinência, enquanto premissa incontestável para o tratamento, torna provável a perda do foco principal da atenção em saúde: o usuário. Souza (2007) denuncia o modelo hegemônico de abstinência como oriundo e representativo de uma rede institucional que define o modo operacional das políticas de drogas. Ressaltando que apresentar a abstinência como ferramenta de barganha para o acesso do usuário ao tratamento possibilita que se caracterize estas políticas como coercitivas, além de revelar a clara submissão dos campos da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso. Neste sentido, no lugar de uma transversalidade de saberes, no campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, com frequência o que se vislumbra é um jogo de poder entre setores e profissionais em detrimento dos serviços ofertados.

### 3.4 O VIÉS DA REPRESSÃO

Na contramão do conceito de RD permanece influente a lógica da repressão difundida com *slogans* do tipo guerra às drogas. Segundo Conte et al (2004), esta lógica focaliza a droga em si, o que culmina em baixa resolutividade e consideráveis danos aos usuários e ao planejamento de atenção integral em saúde. Para que o foco seja centrado na pessoa se faz necessária a escuta ao usuário e a aceitação do consumo das drogas, apesar dos aspectos legais envolvidos. O trabalho em saúde pública demanda uma percepção realista de que o uso existe, mas nem sempre leva à dependência e pode apresentar danos e riscos de intensidades diversas. Souza (2007) relata a necessidade constante dos defensores e praticantes da RD de enfrentar um esquema de poder constituído pela Psiquiatria, pelo Direito Penal e pelas instituições de confinamento ao longo da história. Sabe-se que suas práticas e seus discursos contribuem para a patologização e criminalização do usuário.

A política de RD compreende ações que elevam a importância da segurança e do bem estar do usuário em primeiro plano. De acordo com MacRae e Gorgulho (2003), o controle da oferta e do consumo deve ter aplicação específica a casos em que se comprove

cientificamente a necessidade deste procedimento, cuja efetivação reduz a liberdade de membros de uma sociedade. Igualmente pertinente é a denúncia de Delbon; Da Ros; Ferreira (2006) acerca da intolerância característica das leis sobre as drogas. Os autores advogam pelo uso da política de RD como uma proposta de atendimento baseada nos princípios de respeito ao usuário, capaz de criar condições favoráveis para um diálogo aberto sobre o fenômeno na sua complexidade.

A viabilização de políticas públicas em saúde para a efetivação dos princípios básicos do SUS (universalidade, integralidade e equidade) encontra barreiras estratégicas que sustentam um totalitarismo que passa a ser difundido até mesmo pelos dispositivos democráticos de saúde, quando a população a ser beneficiada constitui-se de pessoas que usam drogas. Percebe-se então a delimitação que o campo da saúde sofre com a imposição de restrições às práticas que promovem cidadania e inclusão social, como é o caso da Redução de Danos. Estas são as consequências de uma retaliação judicial e policial que paralisa a evolução de um sistema público de saúde em termos de democratização de acesso e qualidade de tratamento (SOUZA, 2007). No entanto, Alves (2009) salienta a importância de alguns pressupostos da Política Nacional Antidrogas, como o reconhecimento das diferenças entre usuário, pessoa em uso indevido ou dependente e o traficante de drogas. Essa diferenciação é requisito básico para a execução de diferentes abordagens para cada caso, evitando-se assim a discriminação dos usuários e garantindo seus direitos de acesso ao atendimento especializado.

Sob uma perspectiva crítica não é difícil perceber as relações de controle que sustentam e fazem apologia ao modelo de guerra às drogas. Souza (2007) sugere a existência de uma relação na qual a lógica de consumo e a repressão se alimentam reciprocamente e de forma codependente. Por sua vez, Alves (2009) denuncia a existência de discursos antagônicos na atual política de drogas brasileira, que se pauta em discursos proibicionistas (corroborada por convenções internacionais), no que diz respeito à redução da oferta e da demanda de drogas, se valendo de dispositivos de repressão, criminalizando a produção, o tráfico e o porte de substâncias ilícitas; mas também se coloca partidária às estratégias de Redução de Danos.

### 3.5 CONFLITOS E IMPASSES NA IMPLEMENTAÇÃO DA REDUÇÃO DE DANOS

Coexiste atualmente uma grande diversidade de concepções sobre o fenômeno da drogadição e sobre os danos e riscos dele derivados. Cruz (2006) aponta os fatores de

multideterminação destes comportamentos aliados à gravidade dos problemas relacionados ao uso de drogas como aspectos centrais da discussão que mantém a dificuldade de se estabelecer consensos sobre as estratégias dos tratamentos. Em função disso se encontram propostas de fundamentos opostos, formação de grupos de ideias combatentes e a criação de estratégias de ação conflitantes.

Os ideais que sustentam as diferentes políticas de ação dos modelos de atenção existentes apresentam divergências não à toa. Para Alves (2009), enquanto o Ministério da Saúde se posiciona a favor das práticas de Redução de Danos, a Política Nacional Antidrogas é conivente com a coexistência de modelos de atenção em saúde que mantém conceitos e meios de intervenção contraditórios. Assim, as tentativas de manter a postura conciliadora que atenda a diferentes formas de organização e ação em saúde remetem a um conflito de interesses entre os representantes dos diferentes dispositivos e modelos de assistência no país.

O fenômeno da drogadição entendido de maneira redutora suprime as particularidades dos contextos de cada usuário e encobre os determinantes e condicionantes do processo partilhados pela sociedade. Segundo Cruz (2006), a rejeição do uso de estratégias de RD revela um desconhecimento destes profissionais e destas instituições sobre as especificidades dos indivíduos, tratando-os como se estes estivessem em uma igualdade de situação e como se todos os casos fossem de maior gravidade. Nesta lógica que ignora a diversidade, as propostas de ação existentes costumam exigir a abstinência imediata de todos os usuários, privando do tratamento os que não alcançam este objetivo. MacRae e Gorgulho (2003) corroboram a crítica aos setores que objetivam definir categoricamente o conceito de danos e de riscos enfrentados pelos usuários, bem como as estratégias que devem ser adotadas para trabalhar com os prejuízos. Os autores denunciam o autoritarismo destes setores que têm seus discursos endossados em função do prestígio médico que prevalece indiscutível, ainda que a medicina tradicional venha propondo estratégias de enfrentamento de aplicabilidade limitada.

#### **4 CONCLUSÕES**

Foi objetivo de este estudo caracterizar as estratégias de Redução de Danos aplicadas no campo da Saúde Pública descrevendo suas possibilidades em contraste com as polêmicas sobre o seu uso. Concluiu-se que a implantação das políticas de RD em Saúde Pública demanda uma ação em conjunto, cultivada no cotidiano e protagonizada pelos cidadãos para os quais foram criadas e por isso representa um passo significativo na direção do

reconhecimento efetivo da cidadania dos usuários e da oferta dos serviços de saúde com equidade e respeito às diferenças e ao direito de escolha.

Em contraste com tais constatações, o conceito de Redução de Danos ainda significa para algumas pessoas uma proposta que fomenta o consumo de drogas e que tem potencial de colocar a legalização das substâncias ilícitas a um passo de se concretizar. Este é um efeito apenas suposto e não comprovado cientificamente. Conforme ilustrado no decorrer deste trabalho, a legitimação das estratégias de Redução de Danos significa uma ampliação dos conceitos envolvidos nos fenômenos da drogadição e no acolhimento dos usuários como sujeitos participantes e corresponsáveis no seu tratamento. A polêmica que envolve o seu uso está diretamente relacionada à busca por uma sociedade abstêmia idealizada que tem sido representada pelo paradigma da repressão. Fazendo contraponto à Redução de Danos, este modelo unifica metas e desconsidera a diversidade da realidade dos usuários.

O padrão de tratamento que só inclui os usuários na condição de doentes e tem a abstinência como critério de acesso aos serviços representa a manutenção de mecanismos de exclusão e estigmatização. Pois neste sentido ocorre uma falha ética na qual os direitos de uma pessoa passam a ser condicionais em relação a aspectos culturais e morais de tendências padronizantes de uma sociedade. O exercício da tolerância à diversidade de escolhas, de condições, de estilos de vida e, principalmente, de compreensão dos conceitos relativos às singularidades das pessoas (como os de saúde, doença, desvio e dano) é subjugado em função de relações de mercado e de expectativas pré-estabelecidas de forma universal de produção capitalista e de comportamentos sociais normativos. Transcender posturas tendenciosas mais que um desafio é um compromisso das políticas de Saúde Pública e dos profissionais com elas envolvidos.

**THE STRATEGY OF THE HARM REDUCTION:  
A PRACTICE OF THE EQUALITARIANISM AND CITIZENSHIP IN THE  
ATTENTION FOR DRUG USERS**

**ABSTRACT**

The Harm Reduction conception (RD in portuguese) and it's estrategy brings strong discussions between defenders and combatants of its working. In the Public Health the used conception to the use of alcohol and other drugs shows extensive developments. Through a critic literature review, the construction of this article aims to characterize the Harm Reduction strategies applied in the Public Health field describing its possibilities in contrast to the controversy over its use. The literature shows that relevant alterations are having possibilities in the field of prevention, with its using. It was concluded that the introducing of the use of strategies of Harm Reduction in the Public Health

strategies represents a significative step in the direction of the citizenship effective recognition for the users and the offering of the Health services with equalitarianism and respect the differences, and to the right of choosing.

**Keywords:** Harm Reduction. Public Health. Psychology. Drugs.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.

ANDRADE, T. M. A relação entre pais e filhos: fundamentos da prevenção do uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1110-1127, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: OPAS, 2005. (Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas).

CONTE, M. et al. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, jan./jun. 2004.

CRUZ, M. S. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. (Orgs.). **Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

DELBON, F.; DA ROS, V.; FERREIRA, E. M. A. Avaliação da disponibilização de *kits* de redução de danos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 37-48, jan./abr. 2006.

MACRAE, E.; GORGULHO, M. Redução de danos e tratamento de substituição; posicionamento da Reduc (Rede Brasileira de Redução de Danos). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 371-374, set./out. 2003.

MELCOP, A. G. T. Vamos parar por aqui? Os desafios da abordagem de redução de danos nas violências no trânsito. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**, 1. ed. Brasília: Editora MS, 2004.

POLLO-ARAUJO, M. A.; MOREIRA, F. G. Aspectos históricos da redução de danos. In: NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. (Orgs.). **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 210-218, 2010.

SAMPAIO, C.; FREITAS, D. S. **Redução de danos e SUS**: enlaces, contribuições e interfaces. 2010. Disponível em:  
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rdchristianedeisi.pdf>. Acesso em: fev. de 2013.

SILVEIRA, D. X., Reflexões sobre a prevenção do uso indevido de drogas. In: NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. (Orgs.). **Drogas e redução de danos**: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo, 2008.

SOARES, L. A. S. **Redução de danos**: uma estratégia para Cabo Verde? 2006. Disponível em:  
<http://bdigital.unipiaget.cv:8080/jspui/bitstream/10964/230/1/Leandro%20A.%20Silva%20Soares.pdf>. Acesso em: fev. de 2013.

SOUZA, T. P. **Redução de danos no Brasil**: a clínica e a política em movimento. 2007. 116 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Niterói, 2007.

STRONACH, B. Álcool e redução de danos. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Álcool e redução de danos**: uma abordagem inovadora para países em transição, 1. ed. Brasília, 2004.

Submetido em: 15/03/2013  
Aceito para publicação em: 09/07/2013