

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM

Aline Arianá Alcântara Anacleto

POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS, VULNERABILIDADE E

SEXUALIDADE: A OPINIÃO DE PSICÓLOGOS

QUE ATUAM NA CLÍNICA E NO CENTRO DE ATENÇÃO

PSICOSSOCIAL - CAPS

BAURU

2011

Aline Ariana Alcântara Anacleto

POLITICA DE REDUÇÃO DE DANOS, VULNERABILIDADE E
SEXUALIDADE: A OPINIÃO DE PSICÓLOGOS
QUE ATUAM NA CLINICA E NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL - CAPS

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre junto à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, sob a orientação da Dr^a Ana Cláudia Bortolozzi Maia.

BAURU

2011

Anacleto, Aline Ariana Alcântara.

Política de Redução de Danos, Vulnerabilidade e Sexualidade: A Opinião de Psicólogos que Atuam na Clínica e no Centro de Atendimento Psicossocial - Caps/Aline Ariana Alcântara Anacleto, 2011
138 f.

Orientador: Ana Claudia Bortolozzi Maia

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2011

1. redução de danos, psicólogos, desenvolvimento humano I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

Aline Ariana Alcântara Anacleto

**POLITICA DE REDUÇÃO DE DANOS, VULNERABILIDADE E
SEXUALIDADE: A OPINIÃO DE PSICÓLOGOS
QUE ATUAM NA CLINICA E NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL - CAPS**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre junto à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, sob a orientação da Dr^a Ana Cláudia Bortolozzi Maia.

Bauru, 09 de fevereiro de 2011.

Banca Examinadora:

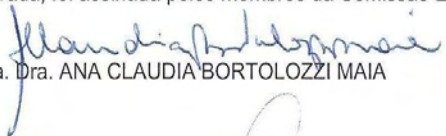
Nome (Orientadora): Prof^o. Dra. Ana Claudia Bortolozzi Maia
Instituição: Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências de Bauru

Nome: Dr.Fábio Sgarbosa
Instituição: Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia/Faculdade de Medicina de Botucatu

Nome: Prof^o. Dr. Paulo Rennes Matçal Ribeiro
Instituição: Departamento de Psicologia da Educação/ Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE ALINE ARIANA ALCÂNTARA ANACLETO, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU.

Aos 09 dias do mês de fevereiro do ano de 2011, às 09:30 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. ANA CLAUDIA BORTOLOZZI MAIA do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Prof. Dr. FÁBIO SGARBOSA do(a) Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia/Faculdade de Medicina de Botucatu, Prof. Dr. PAULO RENNES MARÇAL RIBEIRO do(a) Departamento de Psicologia Da Educação / Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de ALINE ARIANA ALCÂNTARA ANACLETO, intitulada "Política de Redução de Danos, Vulnerabilidade e Sexualidade: A opinião de psicólogos que atuam na clínica e no caps". Após a exposição, a discente foi argüida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.


Profa. Dra. ANA CLAUDIA BORTOLOZZI MAIA

Prof. Dr. FÁBIO SGARBOSA 

Prof. Dr. PAULO RENNES MARÇAL RIBEIRO

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida.

A minha mãe, por torná-la possível, por me ensinar a levantar depois de um tombo, por estar sempre ao meu lado, por ser minha melhor amiga.

Ao meu pai, que do seu jeito sempre esteve comigo.

Ao meu irmão Zé, que nunca me deixou pensar em desistir e pelos sacrifícios que fez pra eu estar aqui.

Ao Professor Dr. Rafael Siqueira de Guimarães, pra mim o Rafa, que despertou em mim a vontade de conhecimento e, mais que isso, subsidiou meus passos para que o caminho do mestrado fosse possível.

A Professora Dr. Ana Claudia Bortolozzi Maia, a Cau, pela confiança, pela amizade, pelo ensinamento, pelo carinho, pela referência profissional, pela orientação que possibilitou a concretização dessa dissertação.

Ao Professor Álvaro Alves, que acima de tudo é a minha referência de Mestre. Obrigada pelas longas conversas, por ser mestre e amigo.

A Mayra e a Rubi, que choraram comigo no momento em que descobrimos que mais um sonho em minha vida havia sido realizado, o aceite no mestrado. Obrigada pelo companheirismo. Obrigada por estarem presentes, mesmo na ausência.

Aos professores do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná, que acreditaram que eu conseguiria e que me deram apoio direta e indiretamente.

Aos professores da Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, que conduziram com excelência todo o programa.

Aos professores que compuseram a banca de avaliação deste trabalho, Dr. Fabio Sgarbosa e Tania Gracy Martins do Valle pelas valiosas sugestões de revisões, que contribuíram para a concretização do trabalho.

A Universidade Tecnológica Federal do Paraná, que em nenhum momento me negou o afastamento do trabalho para as responsabilidades do mestrado.

Ao Diego, que ao seu jeito, sempre me incentivou, sempre me confiou, sempre me acreditou.

Aos participantes da pesquisa que confiaram a mim suas palavras, suas idéias, seus pensamentos.

Agradeço sinceramente e desejo a todos a emoção da realização de um sonho.

O homem, bicho da terra tão pequeno, chateia-se na terra
Lugar de muita miséria e pouca diversão,
Faz um foguete, uma cápsula, um módulo, toca para a lua
Desce cauteloso na lua, pisa na lua
Planta bandeirola na lua, experimenta a lua
Coloniza a lua, civiliza a lua
Humaniza a lua.
Lua humanizada: tão igual à terra.
O homem chateia-se na lua.
Vamos para marte — ordena a suas máquinas.
Elas obedecem, o homem desce em marte
Pisa em marte, experimenta, coloniza, civiliza
Humaniza marte com engenho e arte.
Marte humanizado, que lugar quadrado.
Vamos a outra parte?
Claro — diz o engenho
Sofisticado e dócil.
Vamos a vênus.
O homem põe o pé em vênus,
Vê o visto — é isto?
Idem, idem, idem.
O homem funde a cuca se não for a júpiter
Proclamar justiça junto com injustiça
Repetir a fossa
Repetir o inquieto
Repetitório.
Outros planetas restam para outras colônias.
O espaço todo vira terra-a-terra.
O homem chega ao sol ou dá uma volta
Só para te ver?
Não-vê que ele inventa
Roupa insiderável de viver no sol.
Põe o pé e: Mas que chato é o sol, falso touro
Espanhol domado.
Restam outros sistemas fora
Do solar a colonizar.
Ao acabarem todos
Só resta ao homem
(estará equipado?)
A difícilima dancerosíssima viagem
De si a si mesmo:
Pôr o pé no chão
Do seu coração
Experimentar
Colonizar
Civilizar
Humanizar
O homem
Descobrimo em suas próprias inexploradas entranhas
A perene, insuspeitada alegria
De con-viver.

Por, Carlos Drummond de Andrade

ANACLETO, A.A.A. . **Política de Redução de Danos, Vulnerabilidade e Sexualidade: A Opinião de Psicólogos que Atuam na Clínica e no Centro de Atenção Psicossocial - Caps.** 2011. 138f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2011.

RESUMO

Uma nova modalidade de atendimento para enfrentar a problemática do uso de drogas e suas consequências psicossociais refere-se a uma proposta de Redução de Danos (PRD). Ainda desconhecida por muitos e polêmica entre diferentes profissionais, essa proposta representa um novo olhar sobre as populações vulneráveis e procura garantir a saúde pública, por meio de ações que tentam reduzir os danos causados pelo consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como práticas sexuais de risco para DST/AIDS, com esclarecimento e orientações ao invés de proibição e punição. A implementação dessa proposta por parte de psicólogos às pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade pelo exercício de práticas de risco e seus familiares ainda é um tema pouco estudado. Este estudo objetivou investigar a opinião de psicólogos, sejam esses atuantes em clínicas particulares ou em um Centro de Atenção Psicossocial, sobre a proposta de Redução de Danos e sua relação com os temas de sexualidade e vulnerabilidade, por meio de entrevistas e análise de conteúdo em categorias temáticas: o conceito de redução de danos, a avaliação da proposta de redução de danos, a articulação da redução de danos com a sexualidade e a implicação da redução de danos em suas atuações profissionais. Os dados revelaram a falta de informações referentes ao tema da política de redução de danos nos dois grupos de psicólogos e como suas ações ainda são incipientes nos espaços de promoção de saúde pública. Espera-se contribuir para o esclarecimento e o debate necessário entre os psicólogos que atuam junto a profissionais da saúde no atendimento a esta população beneficiando enfim o pleno desenvolvimento humano.

Palavras-chave: redução de danos; psicólogos; desenvolvimento humano.

ABSTRACT

A new modality of treatment to address the problem of drug abuse and its psychosocial consequences refers to a proposal for Harm Reduction (PRD). Still unknown to many and controversy between the experts, this proposal represents a new focus on vulnerable populations and seeks to ensure public health, through actions that attempt to reduce damage caused by the consumption of licit and illicit drugs and sexual practices risk for HIV / AIDS, with clarification and guidance rather than prohibition and punishment. The implementation of this proposal by psychologists for people who find themselves in a vulnerable situation by the exercise of risk practices and their relatives is still little research. This study aimed to investigate the opinion of psychologists, are those working in private practice or in a Psychosocial Care Center on the proposal of Harm Reduction and its relation to the themes of sexuality and vulnerability, through interviews and content analysis themes: the concept of harm reduction, assessment of the proposed harm reduction, the articulation of harm reduction with sexuality and the implication of harm reduction in their professional appearances. The data revealed the lack of information regarding the issue of harm reduction policy in the two groups of psychologists and how their actions are still incipient in the spaces to promote public health. Expected to contribute to the clarification and necessary debate among psychologists who work with health providers to care for this population ultimately benefiting the full human development.

Keywords: harm reduction, psychologists, human development.

SUMÁRIO

Apresentação	12
1 Introdução: Revisão Teórica.....	19
1.1 Política de Redução de Danos: Conceitos e Princípios	20
1.2 Contextualização e História de Atuações de Prevenção ao uso de Drogas: Proibicionismo e a Redução de Danos no Mundo.....	32
1.2.1 As Drogas, o Contexto Social e a Posição Proibicionista.....	32
1.2.2 Primeiras Manifestações da Política de Redução de Danos.....	39
1.2.3 Experiências Internacionais e Nacionais Sobre a Política de Redução de Danos....	43
1.3 Atuação do Psicólogo no Caps.....	57
1.4 Sexualidade, Vulnerabilidade e a Política de Redução de Danos.....	60
1.4.1 Práticas de Risco e a Política de Redução de Danos.....	61
1.4.2 Sexualidade e Vulnerabilidade.....	63
1.4.3 Sexualidade e Redução de Danos.....	68
2 Método.....	73
3 Resultados e Discussão.....	83
3.1 Conceito e Avaliação Sobre a Política de Redução de Danos.....	84
3.2 Sexualidade e Redução de Danos.....	95
3.3 Comparação Entre a Visão do Psicólogo Clínico e do Psicólogo do Caps Sobre a Redução de Danos.....	103

3.4 Representações sobre questões relacionadas à sexualidade, ao uso de drogas, e à vulnerabilidade: Análise da Lista de Palavras.....	109
4 Conclusão.....	117
Referências.....	125
Apêndices e Anexos.....	133

APRESENTAÇÃO

Construir uma sociedade fazendo jus à qualidade de vida se faz o grande desafio da modernidade, em que muitos são os males sentidos e vividos pelos sujeitos. Os ataques ao bem-estar são dos mais variados e violam cada vez mais a subjetividade dos indivíduos, que são acometidos pelas mais variadas situações. Isso coloca em questão a resistência de estar bem, de ser feliz em uma sociedade que, ao mesmo tempo, oprime e valoriza a qualidade de vida.

Pensar o mal estar contemporâneo leva quase que imediatamente a pensar na questão do uso e abuso de drogas e suas conseqüências para o indivíduo e para a sociedade, já que além de ser altamente conflitante, é uma das grandes questões atuais considerada pela saúde pública como problemática, no que tange ao risco à saúde e à qualidade de vida dos usuários e das pessoas que se encontram em seu entorno.

Muitas são as formas de trato com essa questão das drogas, até mesmo porque sua presença na sociedade é milenar, é cultural e de acordo com cada época, com cada contexto social, os estudos, os parâmetros de tratamento e de manejo com a problemática, se ampliam, criando maneiras diversificadas de compreender o fenômeno drogas e seus desdobramentos individuais e sociais.

O uso de drogas é tão antigo quanto à humanidade que se mostrou impossível de ser eliminado. Ao longo do tempo e com as mudanças no contexto social, os padrões de uso de drogas também se alteraram. Diante disso, houve avanços na forma de pensar e entender o uso de drogas, obrigando os responsáveis pela saúde pública a também repensarem seu olhar para o fenômeno, buscando alternativas não só de tratamento, como de prevenção, de orientação, de esclarecimento e, até mesmo, de compreensão.

Neste contexto, as drogas já foram encaradas de diversas formas: como parte integrante da cultura da sociedade, que não causava prejuízos, nem danos aos seus usuários; como elemento religioso, em que o uso de drogas contribuiria para espiritualidade; como parte de movimento revolucionário, a favor da paz mundial; como recreativo, para socialização entre amigos; como terapêutico indicado para tratamento de patologias; até chegarmos aos dias atuais, em que é considerado como um grande problema de saúde pública no mundo todo. Todas essas maneiras de entender o uso de drogas trazem consigo uma forma de enfrentamento, que vai desde o proibicionismo, que tem como meta a eliminação total da droga da sociedade, até a legalização do uso de drogas, que defende legalização de seu uso.

Entre essas formas de enfrentamento, surge na Holanda na década de 80, a Redução de Danos. Uma proposta que objetiva minorar os danos decorrentes do uso de drogas, independentemente se o usuário tem como meta parar ou não com o consumo. Esta nova forma traz consigo a idéia de que as drogas sempre estarão presentes na sociedade, até mesmo por ser fator integrante da cultura dos povos, e diante disso, então seria melhor diminuir os danos causados pelo uso indiscriminado da droga, ao acreditar que a abstinência é a única saída para o trato com a questão.

A redução de danos ainda é encarada por muitos como uma incitação ao uso de drogas. Isso se explica porque suas estratégias não utilizam a repreensão do uso, mas sim o aprendizado de um uso seguro, como, por exemplo, o não compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis. Construir esse aprendizado é o grande desafio da política, carregado pela polêmica que ela suscita.

Muitos são os ataques à proposta de redução de danos, que afirmam que esta é uma política que incentiva o uso de drogas, que não há possibilidade de uso seguro, que grande maioria dos usuários torna-se dependente e pela crença de que é possível um mundo livre de drogas e que a proibição é o melhor resultado para o trato com a questão.

A Revista Época de outubro de 2004 traz uma entrevista com a Psicóloga Mônica Gorgulho, diretora da Associação Internacional de Redução de Danos – IHRA – em que ela conta o que é a política e qual a visão sobre a questão das drogas. Ela explica que a política não estimularia o uso ou manteria a dependência dos usuários de drogas, uma vez que o que leva a dependência não é a disponibilidade ou não da droga, mas sim um conjunto de fatores psicodinâmicos, que pode fazer com que o indivíduo necessite de alguma substância em algum momento de sua vida (GORGULHO, 2004).

Nesta situação, a Revista Época recebeu cartas de leitores manifestando opiniões contrárias a da proposta de redução de danos apresentada pela Psicóloga. Uma opinião que chama a atenção é do diretor do projeto Amor-Exigente, Marcus Susskind, que conta que ficou estarecido com a entrevista, que utilizou um termo da medicina, redução de danos, para divulgar a promoção de danos. Completa afirmando que “distribuir seringas a usuários jamais tirou um único dependente das drogas, mas já inseriu milhares de novos usuários no rol de dependentes” (ÉPOCA, 2004).

Entre tantas opiniões divergentes, Mônica Gorgulho, em entrevista no dia 12 de dezembro de 2004, no Programa Marília Gabriela Entrevista, da rede de televisão GNT, conta que a política de redução de danos tem sido a abordagem mais estudada, medida e catalogada, o que indica a preocupação de profissionais e cientistas da saúde em entender o que é redução de danos hoje, em um contexto social em que as drogas são consideradas como grande problema de saúde pública.

Existem artigos publicados (ALMEIDA, 2003; BRASIL 2009; DEL BON et al, 2006) em periódicos de revistas de saúde com a intenção de analisar a política, avaliar sua eficiência e compreender os questionamentos polêmicos que ela desperta no âmbito dos profissionais e cientistas da saúde, dos usuários, dos familiares dos usuários e dos redutores de danos. Esses artigos discutem adoção de ações de redução de danos direcionados a usuários de drogas

(QUEIROZ, 2007), a avaliação da disponibilização dos kits de redução de danos (DEL BON et al, 2006), se os programas de redução de danos, podem ser caracterizados como espaços de promoção de cidadania para os usuários (QUEIROZ, 2001), qual a relação da redução de danos com o vírus HIV e com a vulnerabilidade de pessoas que possuem comportamentos de risco (VIDAL et al, 2009), a relação entre a redução de danos e os Centros de Atuação Psicossocial (SOUZA et al, 2007). Todos estes na tentativa de esclarecer a política de redução de danos e sua aplicabilidade no contexto da saúde pública.

Verifica-se como este é um terreno de muitas discussões, entretanto, em meio a tantas polêmicas, a proposta de redução de danos sobreviveu e se consolidou como política de saúde pública reconhecida pela Organização das Nações Unidas, como uma alternativa eficaz, que visa à qualidade de vida dos sujeitos usuários de drogas, dando lhes a possibilidade de viverem como cidadãos, independente de suas práticas. O reconhecimento da ONU e sua entrada na Associação Internacional de Redução de Danos, aumentou a visibilidade da proposta e contribuiu para que esta fosse realmente adotada como política de saúde pública, afirma a Psicóloga Mônica Gorgulho em sua entrevista no programa da GNT.

O serviço oferecido pela Secretaria de Saúde da Cidade de Santo André, no ABC paulista, é um dos exemplos da atuação do programa de redução de danos, compreendido como um instrumento avançado de saúde pública. É que o aponta Silva et al (2009), no momento em que afirma que a finalidade da Secretaria de Saúde de Santo André ao utilizar o programa redução de danos, é transformar a situação de saúde dos sujeitos que fazem parte de grupos sociais estigmatizados e por isso se encontram em situação de vulnerabilidade social: “nosso objetivo é assegurar aos indivíduos desses grupos o direito à saúde e, baseados no princípio de Integralidade do SUS, apoiar o acesso a outros direitos sociais” (SILVA et al, 2009, p.101). A metodologia de trabalho utilizada para atingir esse fim se apóia no trabalho de campo dos redutores de danos junto aos sujeitos vulneráveis socialmente, buscando

orientá-los no que tange a prática do sexo seguro, os cuidados básicos com a saúde e a tentativa da inserção à programas socioeducativos e à reinserção familiar (SILVA et al, 2009).

A grande representatividade brasileira da política de redução de danos se faz pela Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos – ABORDA – a qual está presente em quase todos os estados brasileiros, desenvolvendo ações que consideram princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência, procurando colaborar com todo e qualquer movimento social que tem por finalidade diminuir e acabar com formas de preconceito e discriminação aos usuários de drogas e profissionais do sexo, incentivando o protagonismo social destes e a democracia participativa de todos os envolvidos, em defesa dos princípios e diretrizes do SUS. Segundo a ABORDA, a redução de danos é uma estratégia de cuidado, que gera um discurso que entende saúde como sinônimo de autonomia (www.abordabrasil.org).

A redução de danos, portanto, tem a intenção de resgatar os tempos em que o uso de drogas não era associado à marginalidade e que o usuário de drogas era um cidadão como qualquer outro, devendo ser respeitado e atendido como tal. Com isso, abre um espaço de discussão distante de julgamentos e preconceitos, lançando um olhar humanizado para o sujeito que usa drogas.

Esta proposta surge em resposta a grande epidemia de AIDS da década de 80, que atingiu principalmente os usuários de drogas injetáveis e os homens que faziam sexo com outros homens. Dessa forma, a redução de danos não deve ser considerada como uma política exclusiva de atenção aos usuários de drogas, mas deve ser encarada como uma política direcionada a indivíduos que se encontram em situação de vulnerabilidade social, seja no uso de drogas, na exposição ao sexo não seguro, no risco de contaminação do vírus HIV e na contaminação de hepatites.

Portanto, a política de redução de danos possui uma ampla articulação com os males contemporâneos, uma vez que se ocupa da vulnerabilidade social, altamente presente no contexto da sociedade brasileira, e que é entendida como uma condição que aumenta as chances dos sujeitos no engajamento de comportamentos de risco, que podem levar ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis, doenças patógenas do sangue e uso/abuso de drogas em geral.

As discussões sobre esta questão ainda são escassas, mas tem aumentado na medida em que as ações neste rumo têm sido realizadas em diferentes estados brasileiros. No entanto, são escassos os estudos que revelam como psicólogos encaram e compreendem tal política, de acordo com seus princípios e metas.

Por isso, esse estudo procura esclarecer os objetivos a que se propõe a política de redução de danos e sua articulação com a vulnerabilidade social e investigar como os psicólogos compreendem essa questão. O foco de investigação ser no psicólogo é que acreditamos que seja em qualquer atuação, esse seria um profissional que tem o importante papel de promover a saúde mental, envolvendo a articulação entre a subjetividade e o comportamento dos sujeitos em práticas de riscos.

Este trabalho será apresentando em várias seções. Primeiramente apresentaremos a revisão de literatura sobre o conceito de Redução de Danos esclarecendo seus objetivos e seus princípios na tentativa de construir uma conceituação da proposta dessa política. Também abordaremos a história e a contextualização da redução de danos no mundo demonstrando os diferentes contextos sociais em que a política foi construída, os pontos semelhantes e divergentes e porque ela se consolidou como uma política de saúde pública sob responsabilidade do Ministério da Saúde. Pretendemos construir uma articulação entre vulnerabilidade social, sexualidade e redução de danos, apresentando a idéia de que há uma relação entre a sexualidade humana e o objetivo de minimizar os danos de práticas de risco.

Acredita-se que a redução de danos pode favorecer o exercício de uma sexualidade autônoma, contribuindo para o desenvolvimento humano saudável. Finalmente, apresentaremos teoria referente ao papel do psicólogo no contexto da promoção de saúde no serviço público.

Posteriormente, na seção Método, serão descritos os procedimentos metodológicos. Depois serão apresentados os resultados encontrados, descrevendo as seguintes categorias: Conceito e Avaliação da Redução de Danos, Sexualidade e Redução de Danos, Comparação Entre a Visão do Psicólogo Clínico e do Psicólogo do Caps Sobre a Redução de Danos. Expondo a análise e a discussão referente em cada categoria de análise criada a partir das entrevistas semi-estruturadas utilizadas para coleta de dados e da análise de conteúdo, como método utilizado para tratamento dos dados.

Por fim, os dados serão discutidos, na tentativa de propor conclusões no que tange a inserção do psicólogo na discussão e na atuação em políticas públicas, que venham a contribuir para uma maior compreensão da questão da qualidade de vida de sujeitos que se encontram em situação de vulnerabilidade social e, assim, busquem maiores questionamentos frente à problemática social do mal estar contemporâneo.

1 INTRODUÇÃO: REVISÃO TEÓRICA

1.1 Política de Redução de Danos: Conceitos e Princípios

Alcançar uma sociedade livre das drogas, premissa básica das políticas tradicionais proibicionistas, tornou-se uma idéia a ser repensada, diante do insucesso identificado ao longo do desenvolvimento de décadas de políticas repressivas e da contestação de que o fenômeno drogas é parte inerente da cultura de todas as sociedades, por ser um fenômeno humano, carregado de todas as complexidades que este possui.

As drogas sempre estarão presentes, variando em lícitas e ilícitas de acordo com cada contexto e circunstância histórica em que ela está inserida. Dessa forma, acaba tornando necessária uma postura pragmática para tratar com a questão, que considere suas variáveis sócio-culturais e, principalmente, coloque em foco o sujeito que se encontra em situação de vulnerabilidade social, que por suas práticas, no consumo de drogas, no compartilhamento de seringas e instrumentos para o consumo, ou até mesmo no sexo desprotegido, estão mais expostos a riscos e danos.

Este pensamento leva a crer que é mais eficiente pensar o sujeito que possui comportamento de risco, possibilitando a ele reduzir os danos e os riscos associados as suas práticas, ao invés de tentar eliminá-las da sociedade, premissa já fracassada por uma gama de estratégias de políticas públicas de saúde. Portanto, o reconhecimento de que grande número de pessoas pode compor grupos de risco na questão do uso e consumo de drogas e de práticas sexuais de risco, reforça a adesão por parte do governo de políticas públicas que reconheçam e aceitem a realidade da diversidade dos modos de vida (FEFFERMANN; FIGUEIREDO, 2006).

Com frequência, o exercício destas práticas de risco causa muitos danos ao próprio sujeito e à comunidade em que está inserido. Estes danos são ligados a uma maior probabilidade de ocorrência de overdose, de transmissão de doenças sexualmente

transmissíveis, do vírus da Aids, do vírus das hepatites, do descarte de seringas usadas em locais públicos, o crime do tráfico, aquisição de drogas ilícitas, entre outros (FONSECA; BASTOS, 2005).

O modelo de redução de danos, que propõe a minimização desses danos presentes nas práticas de risco, reconhecendo e aceitando-as, pautado no ideário de que o sujeito não quer ou não pode eliminar tal prática, amplia o reconhecimento da diversidade, porque promove a melhoria da qualidade de vida e de saúde dos sujeitos, em concordância com princípios da psicologia cognitiva e social, que afirma que os sujeitos são responsáveis por suas próprias escolhas, sendo sujeitos de direitos, agentes e receptores das influências ambientais (FEFFERMANN; FIGUEIREDO, 2006).

Partindo disso, a redução de danos ganha enfoque, por representar um marco no âmbito da saúde pública, quando aceita que o uso de drogas faz parte de práticas culturais, sempre estando presente na sociedade (ALVES, 2009; FONSECA, 2005; FEFFERMANN; FIGUEIREDO, 2006) e, então, “correspondem a um conjunto de estratégias de saúde pública que têm por objetivo reduzir e/ou prevenir as conseqüências negativas associadas ao uso de drogas” (FONSECA, 2005, p. 58), disseminando intervenções orientadas para minimizar os danos à saúde e, também, danos sociais e econômicos relacionados ao consumo de drogas e a práticas sexuais de risco, sem necessariamente coibir os comportamentos (ALVES, 2009; QUEIROZ, 2001).

As estratégias que estão voltadas para usuários que não querem, não podem ou não conseguem parar com o uso, em determinando momento de suas vidas (QUEIROZ, 2001), não estabelecem a abstinência como meta única e aceitável para o tratamento e a prevenção. Essas conciliam metas intermediárias com ações que minimizam os riscos associados ao consumo de drogas e estabelecem como foco as necessidades do usuário, que deve ser

respeitado como cidadão em qualquer delineamento de tratamento que venha buscar (CAMPOS; SIQUEIRA; BASTOS, 2001; ALVES, 2009).

A redução de danos reconhece o sujeito usuário em sua singularidade, reconhecendo a diversidade existente no uso de drogas e traz a participação deste usuário ao traçar metas para promover sua saúde e sua qualidade de vida (DELBON et al, 2006). Tem-se a evidência de que o respeito à liberdade de escolha é um princípio fundamental que guia a redução de danos (QUEIROZ, 2001).

A abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação e com cada usuário – é possível, é necessário, está sendo demandado, pode ser ofertado, deve ser feito – na busca de sua participação e o seu engajamento (DELBON et al, 2006, p. 40).

De acordo com isso, a política de redução de danos propõe um conjunto de ações alternativas de prevenção e de terapia, que não excluem ou segregam usuários de drogas, mas os integram em uma perspectiva de tratamento que visa uma convivência menos danosa o possível com o consumo de drogas, deixando a abstinência não como meta única ou pré-requisito, mas sim como uma meta possível de ser atingida com o desenvolvimento de minimização dos riscos (CAMPOS; SIQUEIRA; BASTOS, 2001). Logo, o objetivo da redução de danos é abordar pessoas que exercem práticas de risco, como usuários de drogas e profissionais do sexo, e educá-los para práticas seguras, sem interferir necessariamente na execução ou não da prática, visando o controle da AIDS, da hepatite e de outras doenças patógenas do sangue e do sexo (PAES; OLIVEIRA, 2004).

A proposta visa que suas ações possibilitem a definição de objetivos amplos e escalonados, abandonando a idéia do tudo ou nada e valorizando os resultados parciais, a fim de uma vida cada vez mais saudável e longe dos riscos. Pretende-se romper com o maniqueísmo existente no trato com a questão, uma vez que se tem o entendimento de que o

contato experimental e inicial pode, ou não, vir a se tornar um problema; que promovam ações inclusivas, integrando os sujeitos, suas famílias, seus grupos de pares, os profissionais envolvidos, os redutores de danos e a comunidade como um todo; acordando parcerias intersetoriais, entre organizações governamentais e não governamentais, visto que os resultados são mais efetivos quando se propõem intervenções conjuntas; incentivem o protagonismo e autonomia do público-alvo, com ativas participações tanto no tratamento quanto na prevenção; e, dessa maneira, consiga abranger uma abordagem com o indivíduo em toda sua complexidade, independente de qual prática este exerce, sendo atendidos em suas particularidades (MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006).

Vale ressaltar que esta é uma proposta que vai além de ser uma alternativa à abstinência, uma vez que se ocupa do manejo seguro de uma gama de comportamentos de risco e dos possíveis danos associados a eles, de modo a não se restringir ao julgamento do certo e do errado, do bom ou do ruim, mas sim na identificação se determinado comportamento é seguro ou inseguro, se é favorável ou desfavorável (QUEIROZ, 2001).

A redução de danos se caracteriza como uma política que considera os direitos humanos de qualquer cidadão, pois tem por finalidade propor estratégias que possibilitem uma inclusão social, uma vida saudável e a quebra da idéia de marginalização de sujeitos que possuem práticas de risco. Segundo Queiroz (2001) os argumentos que fundamentam as razões éticas e humanitárias das ações de redução de danos, se apóiam na idéia de que:

- Não é aceitável eticamente abandonar ou segregar sujeitos que exercem práticas de risco se eles não querem ou não estão motivados a mudar de comportamento;
- A proposta de redução de danos mantém o sujeito dentro de uma rede de assistência e saúde pública, poupando-o de uma marginalização ainda maior;
- A redução de danos propicia uma chance maior de integração do sujeito à sociedade, o qual se encontra, na maioria das vezes, à margem do social;

- Suas ações se constituem como um caminho a ser percorrido, caminho este que pode levar a eliminação da prática de risco;
- De acordo com as políticas públicas de saúde é fundamental oferecer ao público um leque de alternativas de ajuda, passando por baixas exigências, até as altas exigências, tornando-se, assim, passível de responder a toda demanda de necessidades dos sujeitos;
- Essas possibilidades de atuação propiciam ao sujeito se manter na rede de saúde pública, possibilitando a criação de um vínculo com a equipe de saúde, o que pode ajudar na motivação à mudança de comportamento;
- As ações de redução de danos auxiliam na prevenção da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, diminuindo custos para saúde pública;
- As políticas públicas devem estar sempre baseadas no coletivo, considerando fatores que sejam coerentes com a diversidade e a coletividade.

Com estes argumentos verifica-se que o desenvolvimento eficaz do programa de redução de danos, depende do abandono do discurso proibicionista, frente à articulação de um novo discurso franco e respeitoso com o sujeito que exerce práticas de risco, partindo de ações individuais e coletivas, médicas e sociais, preventivas e terapêuticas, que visem minimizar os danos e riscos de qualquer comportamento, seja ele ligado a drogas ou ao sexo, oferece-se como um espaço de autonomia e de auto-realização, de construção de subjetividade e responsabilidade, ou seja, um espaço que objetiva apoiar o sujeito em sua capacidade de reflexão e de decisão, partindo do compartilhamento da informação como um recurso para mudanças de conduta (QUEIROZ, 2001; 2007).

Essa abordagem incluiu, conforme novos pressupostos educacionais, as vivências e experiências dos sujeitos em questão, suas condutas e códigos de comunicação, motivando a sua capacidade de compreender, decidir e abordar a questão, fortalecendo a reflexão e a autonomia individual. Partiu do princípio que o trabalho educativo com o tema drogas deve considerar que essas substâncias já fazem parte do universo adolescente e jovem, senão no uso, pelo menos no círculo social em que vivem ou em seus temas de interesse, fazendo com que a adoção da perspectiva de redução de danos se mostre como uma ferramenta facilitadora de posturas preventivas, pois exige a articulação de formas de atuação prática em situações reais

de conduta individual e coletiva, padrão ou exclusiva de alguns indivíduos, sem tentar submetê-los a modelos comportamentais rígidos, respeitando as diferenças e promovendo a saúde para todos (FEFFERMANN; FIGUEIREDO, 2006).

Neste contexto de política pública de redução de danos, a problemática dos comportamentos de risco e da vulnerabilidade que envolve estes sujeitos, deixa de ser encarada como uma ameaça social e começa a ser referida como um problema social complexo, que traz mudanças no rígido discurso de uma sociedade livre das drogas, para um discurso mais flexível de uma “sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (ALVES, 2009, p. 2316).

A Redução de Danos é uma estratégia da saúde pública que visa reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco. No caso específico do Usuário de Drogas Injetáveis (UDI), objetiva reduzir os danos daqueles usuários que não podem, não querem ou não conseguem parar de usar drogas injetáveis, e, portanto, compartilham a seringa e se expõem à infecção pelo HIV, hepatites e outras doenças de transmissão parenteral. A Redução de Danos tem sido a política prioritária para o desenvolvimento de ações junto a usuários de drogas e são desenvolvidas pelas três esferas de governo e também pelas organizações da sociedade civil. O Ministério da Saúde tem envidado esforços para fortalecer a parceria entre os Programa de Saúde Mental, Programa de Hepatites Virais e o Programa Nacional de DST e Aids objetivando promover a integralidade da atenção e a visibilidade da redução de danos como uma política de saúde pública. A Portaria nº. 1.028 de 4 de julho de 2005 do Ministério da Saúde preconiza estabelecer diretrizes que orientam a implantação das ações e, desta forma, subsidia municípios e estados na manutenção ou implantação de ações voltadas para usuários de drogas. (<http://www.aids.gov.br>).

Existem ações que são características dos programas de redução de danos, mas essas ações podem variar de um programa para outro, de acordo com o país em que cada programa é executado, uma vez que cada um possui uma realidade diferente, com características epidemiológicas próprias, padrões de consumo de drogas, valores e culturas singulares a cada espaço geográfico, recursos disponíveis e mobilização para efetivação e legalidade das ações (FONSECA, 2005). Entretanto, mesmo com todas estas variáveis, é considerada uma estratégia de redução de danos, qualquer medida que tenha como objetivo principal a

minimização dos danos à saúde para pessoas que possuem práticas de risco. Estas estratégias podem ser:

- Programas de Troca de Seringas (PTS), os quais objetivam a redução da transmissão do vírus HIV, hepatites e outras doenças de transmissão parental, entre usuários de drogas injetáveis (Ódios), evitando que indivíduos já infectados transmitam diferentes vírus e descartem seringas possivelmente contaminadas em locais públicos (FONSECA, 2005; FERNADEZ, 1997). O programa se propõe a fazer troca de seringas usadas, por seringas novas estéreis (FONSECA; BASTOS, 2005). De maneira geral, nos programas de redução de danos são disponibilizados kits para o uso mais seguro de drogas. Compõem estes kits agulhas e seringas descartáveis, lenços umedecidos, água destilada, copo plástico, garrote, preservativos e folhetos informativos (FONSECA, 2005; DELBON et al, 2006). Segundo o próprio programa de AIDS do Ministério da Saúde esta é uma estratégia de redução de danos amplamente utilizada no Brasil ([HTTP//aids.gov.br](http://aids.gov.br)).

- Manutenção por metadona, é uma estratégia mais difundida em países onde o consumo de heroína se faz mais presente e tem como objetivo utilizar a metadona – um opiáceo sintético – que diminui os sintomas da fissura e da abstinência da droga, substituindo a pura heroína, que também pertence à classe de opiáceos (FONSECA, 2005). Seu foco não é a abstinência, mas sim a redução de riscos da dependência da heroína pela manutenção do usuário em um tratamento, possibilitando uma diminuição dos efeitos adversos associados da droga, reduzindo também o envolvimento de usuários em circuito ilícito de obtenção de drogas (EMCDDA, 2003; FONSECA; BASTOS, 2005). A metadona é menos tóxica, não comprometendo o organismo do usuário, nem causando euforia, o que permite que os usuários continuem em suas atividades cotidianas, fundamental para sua inserção na sociedade (CANADIAN HIV/AIDS LEGAL NETWORK, 2002).

- Prescrição de drogas, amplamente utilizada nos programas brasileiros de redução de danos, pelo aumento dos usuários de crack no país. Esta estratégia visa à substituição do crack fumado em cachimbos, pelo crack fumado misturado aos cigarros de maconha, o famoso “mesclado”, o que acaba diminuindo a quantidade de crack e conseqüentemente os danos causados pela droga (ABORDA, 2008). Entende-se que esta ação possui sucesso efetivo na redução dos sintomas da fissura causada pela falta da droga no organismo dos usuários dependentes, servindo também de atrativo para os usuários de drogas terem acesso até a possibilidade de tratamento oferecida, além disso, esta se caracterizaria como uma meta intermediária até a abstinência, possibilitando ao usuário uma mudança em seu padrão de consumo, reduzindo gradualmente os danos e a quantidade de drogas consumidas (ALVES, 2009).

Além disso, a redução de danos associada ao consumo de crack está amplamente relacionada com a questão da redução das práticas sexuais de risco, uma vez que este consumo pode resultar em uso inconsistente de preservativos, já que a droga causa turvação da consciência e excitação sexual (FONSECA; BASTOS, 2005). Há também a questão de que o uso do crack traz muita tosse, somado ao modo como se faz este uso, geralmente em lugares fechados e mal ventilados, facilitando, portanto, a disseminação da tuberculose entre os usuários e, diante disso, os programas de RD distribuem filtros que reduzem a quantidade de fuligem e impurezas vaporizadas, para serem adaptados nos cachimbos utilizados pelos usuários (FONSECA; BASTOS, 2005). Evidentemente que no caso de substâncias como o crack as práticas de redução de danos são menores que em outras substâncias que podem ter efeitos menos intensos ao sujeito. Isto é, dependendo do tipo de droga, acreditamos que ações de redução de danos são mais ou menos possíveis.

- Salas de uso seguro, disseminadas em cidades européias, caracterizadas por ambientes fechados, onde os consumidores encontram disponíveis materiais para fazerem uso

seguro da droga, como seringas estéreis, preservativos, cuidados éticos e aconselhamento, porém não são disponibilizadas drogas, estas devem ser trazidas por seus usuários (FONSECA, 2005). Contatou-se que depois da criação destes ambientes houve uma efetiva redução nas práticas sexuais inseguras, na difusão do vírus HIV, e no risco de overdose (CANADIAN CENTER ON SUBSTANCE ABUSE, 1996), logo se percebe que:

[...] essas ações vêm demonstrando ser relevantes para a saúde pública de várias maneiras: prevenindo overdoses fatais, prevenindo doenças de transmissão parenteral e outras conseqüências negativas do uso indevido de drogas injetáveis e agindo como porta de entrada para educação, tratamento e reabilitação (CANADIAN HIV/AIDS LEGAL NETWORK, 2002, p. 55).

- Redução de danos em presídios, uma estratégia altamente condizente com a realidade do país, pela contestação de grande incidência de transmissão do HIV dentro das prisões, que ocorre, geralmente, por meio de sexo desprotegido, compartilhamento de seringas e agulhas para injeção de drogas, bem como para tatuagens, além de que esta população carcerária, em quase sua totalidade, se encontra distante do acesso às ações preventivas (FONSECA, 2005).

- Redução de danos direcionada a usuários de anabolizantes, por estes, muitas vezes, compartilharem seringas utilizadas na má administração dos anabolizantes (FONSECA; BASTOS, 2005).

- Redução de danos direcionada a travestis, tanto pelo compartilhamento de seringas para injetar silicone, quanto pela procedência, muitas vezes, indevida do produto (FONSECA; BASTOS, 2005).

Além disso, podem ser consideradas ações de programas de redução de danos o mapeamento de regiões freqüentadas pela população atingida pelos programas; diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, coleta de sangue, papanicolau e escarro; vacinas contra Hepatites, clínica de abordagem sindrômica de DSTs; orientação e aconselhamento em relação à prevenção e ao tratamento de doenças, fornecimento de insumos para prevenção e

redução de danos; encaminhamentos para inserção dos sujeitos em programas da rede assistencial de saúde, dispositivos sociais e inserção no trabalho (SILVA et al, 2009).

Estes são exemplos das ações de redução de danos utilizadas pelos países, inclusive o Brasil, que reconhecem e aceitam e investem nesta política social que busca não erradicar o uso, mas o “mau uso que pode resultar em importantes ameaças ao bem estar do indivíduo ou da sociedade. Coloca-se, assim, uma clara distinção entre o uso controlado e uso descontrolado (ou abuso) de psicoativos” (RODRIGUES, 2003). Geralmente, estas ações são desenvolvidas pelos chamados redutores de danos, que são civis, que podem ou não ter formação acadêmica, podem ou não, ser usuários ou ex-usuários de drogas.

Os redutores de danos atuam junto a pessoas que usam drogas, nos locais onde estas vivem e convivem, operando estratégias de promoção de saúde que tem como base o acolhimento, a construção de vínculos e a busca de construção de itinerários terapêuticos que privilegiam o sujeito. Uma proposta de busca ativa, cujo desenho é diferente daquele traçado por agentes comunitários de saúde, na medida em que os territórios da RD são concebidos pelos usuários dos serviços, e não pelos profissionais de saúde, numa fluidez que é a do tempo real [...]. Trata-se de “construir com”, e não de “construir para”. Neste sentido, a prática da redução de danos surge em uma clínica que é avessa àquilo que traduz a essência dos manicômios: a construção prévia do acolhimento, antes do próprio contato com a demanda. Ou, tal como na leitura antropológica, a pretensão de traduzir o mundo do “outro” à revelia de suas visões de mundo (PETUCO; MEDEIROS, 2009, p. 20).

Estas e outras ações que se caracterizam como redução de danos foram desenvolvidas e implantadas nas políticas públicas por acreditar que os comportamentos de risco, envolvendo uso de drogas e práticas sexuais desprotegidas, causam danos ao sujeito e ao contexto social em que ele está inserido, podendo, então, ser reduzidos ou até mesmo eliminados, englobando, também, aconselhamento e acompanhamento dos sujeitos considerados com estilos de vida arriscados (RODRIGUES, 2003). Silva et al (2009) considera estes sujeitos como aqueles que vivem e trabalham nas ruas, como os usuários de drogas, michês, mulheres e homens profissionais do sexo, adolescentes em situação de

exploração sexual, transexuais, travestis, lésbicas e mulheres que trabalham em casas de programas.

A redução de danos seguida por suas estratégias é compreendida como um programa de baixa exigência, que se opõe aos programas de altas exigências, que assumem como pré-requisito a abstinência imediata (RODRIGUES, 2003). Além disso, de acordo com Ogborne, Carber e Wiebe (2001), as ofertas de redução de danos quando isentas de julgamentos e desprovidas de muitas exigências, contribuem para atrair os usuários de drogas e os profissionais do sexo, possibilitando um conhecimento maior de sua realidade, o que dá espaço para que o objetivo da RD seja efetivado, que é trabalhar com o sujeito em seu próprio contexto, a fim de buscar soluções adequadas e culturalmente apropriadas para cada sujeito que se encontra em situação de vulnerabilidade. O imperativo da RD, portanto, deve ser a “autonomia do consumidor e do respeito por seu hábito e modo de vida [...] já que uma vida de usos moderados não significaria isolamento social ou padecimento físico para o usuário” (RODRIGUES, 2003).

A estratégia de acesso e oferta de insumos e serviços do modelo da redução de danos é o momento da busca de conhecimento e do contato com a realidade dos sujeitos a partir de suas escolhas e possibilidades concretas de mudanças. Ou seja, ter como meta a redução de riscos e danos associados a comportamentos tidos como potencialmente prejudiciais ao indivíduo traz, ao nosso ver, maiores possibilidades de resultar em pequenas mudanças no estilo de vida sem demandar alterações radicais das práticas e escolhas pessoais dos usuários (SILVA et al, 2009, p. 102).

O objetivo da RD encontra-se fundamentado no imperativo de promoção de qualidade de vida a qualquer cidadão, sobre os preceitos de que são necessárias intervenções participativas no trato com pessoas em situações de vulnerabilidade, ressaltando a importância do contexto social e da valorização dos direitos humanos. Em consonância, Moreira, Silveira e Andreoli (2006) afirmam que os princípios da redução de danos se apóiam na idéia de que:

- É uma política de saúde pública alternativa aos modelos tradicionais, entretanto seguem os modelos moral, criminal e de doença;
- Aceita que a abstinência é a meta ideal a ser alcançada, mas o caminho percorrido até se chegar à abstinência deve estar permeado por ações alternativas que diminuam os riscos;
- Baseia-se na defesa do sujeito que se encontra em situação de vulnerabilidade social;
- Como uma alternativa as políticas de alta exigência que somente aceitam a abstinência como um requisito para o engajamento no tratamento, a RD acolhe de forma mais tolerante os sujeitos, se caracterizando como um tratamento de baixa exigência no momento de adesão do sujeito às ações de RD;
- É baseada na idéia do pragmatismo empático contra o idealismo moralista proposto pelos modelos tradicionais de atendimento aos sujeitos com práticas de risco.

Os princípios e objetivos que definem o conceito de redução de danos e a caracteriza como uma política de saúde pública direcionada a pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade pelo exercício de práticas de risco, a afirma como uma proposta que tem por finalidade mobilizar as pessoas para que adquiram uma maior qualidade de vida independente de seus vícios ou práticas.

Configura-se como uma política que atinge os estilos de vida de sujeitos que possuem práticas de risco, pelo entendimento que é uma opção de vida do sujeito, não podendo obrigá-lo a deixar tais hábitos, entretanto, é preciso alertá-lo e orientá-lo no sentido dele compreender que sua prática é desviante, causando-lhe mal e que para isso existem ações a fim de minimizar os danos, sem interferir na prática propriamente dita. Demonstra, portanto, uma preocupação em diminuir o sofrimento e tratar com humanidade qualquer sujeito que se encontra em situação vulnerável.

1.2 Contextualização e História de Atuações de Prevenção ao Uso de Drogas: Proibicionismo e a Redução de Danos no Mundo

Esta seção pretende apresentar a abrangência das políticas de prevenção ao uso abusivo de drogas nos diversos contextos mundiais, inclusive no Brasil, discorrendo sobre a posição proibicionista e demonstrando como a implantação da política de RD em diferentes realidades possibilitou a emergência de discussões em torno da efetividade e da qualidade de tal proposta. Isso gerou efeitos nos governos, nos usuários e na sociedade em geral, levando-os a construir um entendimento da proposta, por meio da compreensão de várias experiências, que se configuraram e caracterizaram de maneira distinta, conforme o contexto social de cada país que a implantou.

1.2.1 As Drogas, O Contexto Social e a Posição Proibicionista

As experiências envolvidas no consumo de drogas são muitas e variadas, isto porque este consumo se caracteriza como um fenômeno humano, ou seja, um fenômeno que sempre se encontra em construção. O que abre espaço para pensarmos a relação emaranhada de fatores sociais e individuais envolvidas nesta questão, articulando maneiras coletivas de encarar e aceitar o consumo das drogas seja este problemático ou não.

O problema da droga não existe em si, mas seria resultado do encontro de um produto, uma personalidade e um modelo sócio-cultural. Isto quer dizer que qualquer pessoa, a qualquer momento pode encontrar um produto tóxico legal ou ilegal, em seu caminho. Toda política sobre drogas deve levar em conta esses pressupostos. Entretanto, a maioria das pessoas que experimentam drogas uma ou algumas vezes, não se tornará doente, o que significa que diante da droga não existe um destino igual para todos (OLIVENSTEIN, 1984, p. 17).

O consumo de drogas no mundo é, atualmente, um fenômeno relacionado a situações

de violência, criminalidade e marginalização que, somado a epidemia do contágio de HIV/AIDS e o aumento das hepatites configura-se hoje uma grave problemática social (FERNANDEZ, 1997; PICCOLO; KNAUTH, 2002).

Entretanto, nem sempre o consumo de drogas esteve atrelado a uma imagem negativa ou relacionado a situações problema. A existência das drogas é parte integrante da existência e da história de todos os povos. O uso de drogas, então, é parte constituinte da cultura dos seres humanos, o qual adquire características da sociedade e do grupo cultural no qual o sujeito está inserido (FONSECA, 2005). Os tipos de uso de drogas variam, podendo ser religioso, alimentar, terapêutico, recreativo ou apenas cultural, o que indica uma relação da sociedade com a droga, expressando um processo de construção social da realidade.

Ainda não se encontrou nenhum grupo em que não se registrasse algum reconhecimento de alterações significativas de percepção e relação com o mundo circundante, seja por que razões for. A utilização de substâncias dos mais variados tipos que provoquem mudança no tipo de consciência e atenção é uma experiência universalmente disseminada (VELHO, 1997, p. 10).

Historicamente, o uso de drogas é cultural, entretanto, essa construção social do uso de drogas foi criando uma “representação social” (MOSCOVICI, 2003) no imaginário da sociedade, como aponta Garcia (1997), ora como “paraísos artificiais”, ora como “demônios do mal”. Essas concepções criaram opiniões sobre o uso e sobre a figura do sujeito usuário de drogas, o que fez emergir modelos de construção do discurso sobre drogas: modelo jurídico-moral encara a figura do usuário de droga como criminoso e tenta resolver o problema das drogas por meio de repressão e controle do tráfico e do uso; modelo médico que encara o usuário como doente e a solução está no isolamento deste para tratamento; modelo psicossocial, o uso ou não de drogas está relacionado a fatores culturais e sociais; por fim, o modelo sócio-cultural, em que o meio ambiente é visto como o fator inicial do consumo (FONSECA, 2005).

Segundo Queiroz (2007), o modelo jurídico-moral e o modelo médico ou de doença, são considerados de grande importância na discussão e reflexão sobre o uso e a dependência às drogas, fomentando iniciativas em vários países, intolerantes ao uso de drogas, sob a ótica de uma ameaça moral. Portanto, a abstinência começou a ser considerada como o único fim para o considerado problema das drogas psicoativas.

O governo de Richard Nixon, em 1972, declara a guerra às drogas, regulamentando o controle mundial de psicoativos e identificando países produtores e países consumidores das substâncias, de maneira que, os acordos das normas internacionais tivessem o objetivo único de banir qualquer uso de drogas que não tivesse finalidade médica. (RODRIGUES, 2003). “Na luta da medicalização contra os usos tradicionais ou hedonistas, estava impressa a marca da política externa dos Estados Unidos que, com grande empenho, defendeu a confecção de legislações antidrogas restritivas” (RODRIGUES, 2003, p. 2).

[...] a frente da war on drugs (guerra às drogas) desde o final dos anos 70, os Estados Unidos vêm adotando uma política repressiva, violenta e inútil, na tentativa de conter a produção e a comercialização de drogas. O objetivo é diminuir o consumo interno, que em vários Estados também é reprimido por lei (ZALUAR, 2005, p. 19).

A postura governamental dos EUA construiu, então, uma idéia de guerra às drogas direcionada para a exteriorização da produção de psicoativos e à repressão interna a consumidores, o que indica que a operacionalização da proibição às drogas era o alvo principal de um moralismo puritano, sustentado por políticas proibicionistas (RODRIGUES, 2003). O uso de drogas foi diagnosticado pelo governo estadunidense como um problema, o que o levou a proposta de desarticular as organizações de narcotráfico e a punir os traficantes e os usuários, desse modo, adotou-se uma postura de total intolerância frente ao consumo de substâncias ilícitas.

As normas acordadas, neste momento, pela Organização das Nações Unidas – ONU –

seguiram a mesma repressão da política estadunidense, com o avanço de que os consumidores, em situação de enfermidade, poderiam receber atenção especial (RODRIGUES, 2003).

Em alguns tratados internacionais, dentre eles a Convenção Única sobre Estupafecientes, aprovada em 1961, pela Organização das Nações Unidas, a utilização das drogas passou a ser demasiado restrita para circunstâncias terapêuticas, tendo em vista a criação e proliferação de leis com objetivos de proibir a produção, o comércio e o consumo de um grupo de substâncias (heroína, cocaína, cannabis, LSD, etc.), prevendo inclusive a criminalização do consumo, sujeito a penalidades severas. Essas mudanças foram fortalecidas pela política do Juts Say No (Diga Não às Drogas), desencadeada pelos Estados Unidos e disseminada pelo mundo, servindo de base para definição de políticas em muitos países, inclusive no Brasil (SANTOS, 2008, p. 19).

O proibicionismo imposto pela guerra de combate às drogas, expressado pelo governo dos EUA e adotado como base para políticas de outros tantos países, até mesmo pela ONU, se fundamenta pelos modelos, supracitados, jurídico-moral e médico ou de doença. O primeiro por entender o uso de drogas como moralmente incorreto, como crime, que deve ser punido, separando drogas lícitas em ilícitas e se preocupando com o controle das últimas, a partir de uma lógica de redução de oferta; e o segundo por entender o uso de drogas como uma doença que necessita de tratamento e reabilitação, partindo de uma lógica de redução de demanda (QUEIROZ, 2007).

A redução de oferta tem a intenção de diminuir a disponibilidade de uma substância pelo controle de sua oferta, o que implica sistematizar a interrupção da produção e distribuição de drogas, tendo como alvo os produtores e traficantes, ou seja, se uma droga necessita ser produzida há de se regulamentar quem irá fazer, sob que circunstâncias, como será sua disponibilidade e limitação de quando, onde e como a substância será oferecida (BAPTISTA; CRUZ; MATIAS, 2003). Já a redução da demanda foca-se no consumo, na tentativa de incentivar as pessoas a não consumirem, por meio de mensagens educativas, conscientização orientada para a abstinência, proibição do porte e uso de substâncias e

controle dos preços (BAPTISTA; CRUZ; MATIAS, 2003).

Apesar da aparente contradição entre encarar o usuário de drogas como um criminoso que merece punição e como uma pessoa doente que necessita de tratamento, os modelos de redução da oferta e de redução da demanda concordam que o objetivo final de ambas as abordagens é reduzir e, finalmente, eliminar a prevalência do uso de drogas, concentrando-se principalmente no usuário (MARLATT, 1999, p. 46).

A redução da oferta e a redução da demanda são construídas, então, como objetivo das intervenções em saúde pública, visando um número menor de usuários e um padrão menor de consumo até chegar à total eliminação das drogas na sociedade, sendo a base que fundamenta a posição proibicionista do uso de substâncias. O que reflete uma política de drogas caracterizada pela proibição do uso, da posse e da distribuição de substâncias psicoativas. Ações públicas proibicionistas essas, que revelam impactos sobre a sociedade, uma vez que o foco recai para as penalidades criminais, o que reforça o “estigma” (GOFFMAN, 1988) de que todo usuário de droga é um criminoso, que possui problemas com a lei, ou é um doente que precisa ser excluído da sociedade.

Esse modelo tradicional proibicionista, fundamentado na idéia de redução da oferta parte do pressuposto único de que é possível chegar a uma sociedade sem drogas, para isso dá ênfase para a abstinência, como uma meta em longo prazo, mensurando apenas a quantidade de drogas consumidas. Dessa maneira, a eliminação da oferta de drogas é absoluta, com tolerância zero a qualquer usuário, mesmo que este seja de uso moderado. É um modelo apoiado fortemente pelos Estados Unidos, Suécia, Japão, Cingapura, Malásia, entre outros países asiáticos, os quais planejam suas intervenções pelas autoridades governamentais, sem nenhuma participação do público a qual é destinada, com predominância de ações jurídico-políticas, sem muito envolvimento das instituições de saúde, o que reflete na idéia de que o modelo proibicionista percebe o usuário de drogas à margem da sociedade, sendo aceita sua integração apenas se este estiver livre das drogas (WODAK, 1998).

O modelo proibicionista foi sendo construído conforme o desenvolvimento da percepção da sociedade sobre o fenômeno das drogas. A história demonstra que, após o fim da 2ª Guerra Mundial houve a criação das Nações Unidas, onde então foram estabelecidas as linhas mestras do controle internacional de drogas por meio de três convenções, que vigoram até hoje. Em 1961, foi realizada a Primeira Convenção das Nações Unidas sobre o tema drogas, a Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, considerada como um marco na história pelos esforços de controle de entorpecentes (RODRIGUES, 2006).

Ela instituiu um amplo sistema internacional de controle e atribui a responsabilidade aos estados-parte de incorporação das medidas ali previstas em suas legislações nacionais, além de ter reforçado o controle sobre a produção, a distribuição e comércio de drogas nos países nacionais, e proibido expressamente o fumo e a ingestão de ópio, assim como o simples mastigamento da folha de coca e o uso não médico da *cannabis* (RODRIGUES, 2006, p. 39).

Outra convenção realizada em 1972 trouxe uma grande novidade para o trato com a questão das drogas, pois a Convenção Sobre Substâncias Psicotrópicas de 1972 inclui as drogas psicotrópicas, como os estimulantes, as anfetaminas e o próprio LSD, na regulamentação de substâncias proibidas, sendo submetidas a controle internacional (RODRIGUES, 2006). Este controle foi sendo ampliado, evoluído e em 1988, atinge o máximo da repressão com a elaboração da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988, promulgada no Brasil no ano de 1991, em vigor até os dias de hoje (CARVALHO, 2001).

A convenção da ONU de 1988 é um instrumento repressivo que pretende combater as organizações de traficantes, através da ampliação das hipóteses de extradição, cooperação internacional e do confisco de ativos financeiros dos traficantes, unificando e reforçando os instrumentos legais já existentes. Foi assim criado um sistema com enfoque particular de se opor ao poder militar, econômico e financeiro alcançado pelo tráfico ilícito nesses anos de proibição. [...] Dentre os objetivos principais declarados dessa Convenção, estabeleceu-se também a meta de erradicação do cultivo de plantas narcóticas (o que se aplicava diretamente aos países produtores de coca da América Latina), e de aumento dos esforços contra a produção ilícita de drogas, incluindo o monitoramento e o controle de substâncias

químicas usadas no preparo e manufatura de drogas ilícitas (RODRIGUES, 2006, p. 40; 42).

Segundo Rodrigues (2006), foi a partir desta última convenção de 1988 que se internacionalizou, de maneira definitiva, a política americana de “guerra às drogas”, fundamentada pelo modelo proibicionista. “Trata-se de uma convenção quase que exclusivamente voltada para a repressão, com o propósito confesso de aperfeiçoar os instrumentos repressivos existentes e introduzir novos, e contemplar âmbitos até então descuidados” (RODRIGUES, 2006, p. 42).

Este modelo proibicionista procura na farmacologia sua maior justificativa de suporte teórico, uma vez que esta confirma o fato de que algumas substâncias apresentam grande risco à saúde se usadas fora do âmbito científico ou médico. A possibilidade da aquisição de vício e da loucura causados pelo uso de drogas é o que caracteriza os riscos e danos, tornando impossível o convívio social desses usuários.

A farmacologia, auxiliando a psiquiatria, compõe o conjunto de saberes e instituições agrupados nos dispositivos penitenciário e psiquiátrico, que agenciam, no plano estatal, a questão das drogas. Tais dispositivos produziram em torno dos envolvidos com as substâncias proibidas às duas figuras que ameaçam a sociedade moderna: o louco e o criminoso. Negar o determinismo farmacológico, que postula o inevitável enlouquecimento ou marginalização daqueles que fazem uso das substâncias proibidas, significa negar também todo um conjunto de idéias e valores que o acompanha e que sustenta, ideologicamente, o proibicionismo (ANDRADE, 2003, P. 37).

É definindo tráfico e consumo de drogas como crime que a posição proibicionista se justifica, afirmando que ambas as ações representam uma ameaça à ordem social: “A razão jurídica da punição daquele que adquire, guarda ou traz consigo para uso próprio é o perigo social que sua conduta representa” (GRECO FILHO, 1993, p. 118). Defende então a política de abstinência, a qual assegura que existe uma série de valores negativos associados ao tráfico e ao consumo de drogas, tais como

Desvio de caráter; desvio de personalidade de caráter delinquencial; frustração; inadaptação social; desejo de desrespeitar a ordem social; necessidade de aceitação em círculos do submundo; rebelião contra valores sociais; distúrbio psicopatológico pré-existente (ANDRADE, 2003, P.16).

Essas são algumas idéias que fundamentam a política proibicionista, principalmente sob a ótica da descrição das causas e consequências envolvidas no tráfico e no uso de drogas.

1.2.2 Primeiras Manifestações da Política de Redução de Danos

Todas as experiências de políticas proibicionistas não erradicaram o consumo e a distribuição de drogas, nem chegaram ao seu próprio fim que seria uma sociedade abstinente, pelo contrário, construiu-se, ainda mais, um quadro de violência pela máfia do narcotráfico e um quadro de consequências individuais danosas com o uso de substâncias alteradas e sem o menor padrão de segurança. Isso levou a criar uma visão reformista, por parte de médicos, pesquisadores e cientistas sociais, cujo objetivo não poderia ser unicamente a abstinência, mas sim alternativas que buscassem além da erradicação, a minimização dos perigos e danos para sujeitos que optaram pela ebriedade (RODRIGUES, 2003).

Em contrapartida à defesa de ações contra o uso de drogas uma nova postura de ação considera focar não somente o consumo da droga, mas também o seu usuário, a relação que ele estabelece com as drogas e a situação de seu uso, abrangendo a problemática do uso de drogas no contexto de uma relação cultural entre drogas e sociedade.

É nesta perspectiva que aparece em meados da década de 80, a Política de Redução de Danos (PRD), uma alternativa aos modelos tradicionais, com uma resposta social mais flexível, objetivando “abordar usuários de drogas e educá-los para o uso seguro, visando o controle epidemiológico da AIDS, da hepatite e de outras doenças” (PAES; OLIVEIRA, 2004, p. 01). Política esta que ganha expressividade e impulso pelo crescimento do número de

infecções pelo vírus HIV entre os usuários de drogas injetáveis (UDI) em países europeus (QUEIROZ, 2007), o que motivou o início de uma transição de paradigma, da abstinência total para o bem estar físico e social dos usuários.

Ao compartilharem seringas, os consumidores de heroína ou da menos usual cocaína injetável, corriam o risco de contaminação pelo vírus HIV. Frente ao fato de que parecia improvável que os usuários de drogas injetáveis pudessem abandonar seu hábito devido à AIDS, surgem estudos e propostas para a formulação de políticas de saúde que levassem em conta a necessidade em tornar a prática da injeção do opiáceo menos arriscada (RODRIGUES, 2003, p. 23).

A Redução de Danos (RD), então, é um movimento internacional que se originou para responder a grande epidemia de AIDS da década de 80, “quando muitos países reconheceram a necessidade de desenvolver estratégias mais práticas e adaptativas para reduzir o risco de transmissão de HIV entre usuários de drogas injetáveis” (FLIGIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004, p. 421).

Este é um modelo criado em contrapartida ao modelo tradicional, aceito amplamente pela Europa, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, entre outros países, inclusive Brasil, que aceitam a inevitabilidade de um determinado nível de consumo de drogas pela sociedade, tentando reduzir as consequências adversas desse consumo, mensurando os resultados no âmbito da saúde, da qualidade de vida e da economia da vida dos usuários e da sociedade em geral (WODAK, 1998). Aceita metas a curto e médio prazo, sendo mais tolerante que o modelo tradicional. Segundo Wodak (1998) a redução de danos segue uma orientação consonante com a visão de saúde pública expressa pela Constituição de 1988 e pela Lei Orgânica 8080 de 1990, que fortalecem a cidadania dos sujeitos, no momento que afirmam o direito universal à saúde.

Enfatiza a efetividade e a relação custo-benefício das intervenções, sendo estas realizadas com a participação efetiva do público a qual se destina e com ampla participação intersetorial entre as instituições do âmbito jurídico-policial e da saúde, dando preferência a

prevenção e ao tratamento aos usuários de drogas, deixando a repressão exclusivamente para o tráfico de grande escala, o que salienta a idéia de que este modelo percebe o usuário como membro efetivo da sociedade, almejando sua integração a ela, mesmo com o consumo de drogas evidente (WODAK, 1998).

O marco inicial do movimento de Redução de Danos foi a I Conferência Internacional realizada em Liverpool em 1990, embora o reconhecimento científico das práticas e saberes tenham tido origem a partir da III Conferência Internacional em 1992, também em Liverpool (REGHELIN, 2002). Entretanto, antes mesmo do ano de 1992, têm se ações e indícios de práticas que são consideradas como estratégias de redução de danos, como exemplo, o Relatório Rolleston, publicado em 1926, por autoridades da saúde inglesa, que regulamenta o uso legal, por prescrição médica, da heroína no tratamento de dependentes dessa substância que apresentavam uso extremamente prejudicial, que levavam a violência, roubos, tráficos e prostituição (FONSECA, 2005).

Esta ação foi congelada por muitos anos, o que fez com que estratégias consideradas como redução de danos fossem transformadas ao longo da história em consonância com as mudanças socioculturais do uso de drogas.

Anos após, em 1984, identifica-se um movimento de redução de danos na Holanda, quando uma associação de usuários de drogas, os “*Junkiebond*” – Liga de Dependentes - (SANTOS, 2008, p. 22) começa a perceber um surto de contaminação de hepatite viral entre os usuários e com isso seus adeptos começam a realizar o hábito de trocar as seringas em cada uso de drogas injetáveis. Essa atitude levou, no mesmo ano, a construção do primeiro programa de troca de seringas em Amsterdã (ALMEIDA, 2003), no qual funcionários do Serviço Municipal de Saúde tinham a função de fornecer seringas e material para higienização aos usuários de heroína desde que eles se fizessem presentes regularmente aos postos móveis para os Ódios (RODRIGUES, 2003). Este serviço se ampliou para os serviços de testagem da

pureza da droga, prescrições e aplicações de metadona e opiáceo sintético, usados para substituir a heroína, em tratamentos de desintoxicação (RORIGUES, 2003).

A Holanda possui particularidades em relação a políticas de drogas, porque antes mesmo da emergência da AIDS, a sua política possuía ações que hoje podem ser consideradas como redução de danos, o que demonstra que o interesse da saúde sempre esteve diretamente ligado ao bem estar social (REGHELIN, 2002). Exemplo disso é a chamada Lei Holandesa do Ópio de 1976, que diferencia o tratamento dado às drogas de maiores riscos à saúde, como a heroína, cocaína, anfetaminas e LSD, às drogas de menores riscos, como a maconha e o haxixe. Isso fez surgir às cafeterias, onde são tolerados uso de drogas, “desde que não vendam drogas consideradas pesadas, não vendam drogas a menores de 16 anos, não tragam problemas para vizinhança e não façam propaganda acerca das drogas ou do seu uso” (REGHELIN, 2002, p. 84).

Dentre os principais efeitos dessa política holandesa tolerante, ressaltamos a estabilidade do número de dependentes, o baixo número de novos dependentes e a baixa taxa de mortalidade entre usuários de drogas. Ademais as intervenções de redução de danos não desencorajaram os usuários na procura por serviços e tratamentos que tenham como meta a abstinência, embora tenham demorado a estabelecer medidas efetivas para controlar a disseminação da AIDS (REGHELIN, 2002, p. 86).

Atualmente, a Holanda possui os programas de troca de seringas como fundamental em sua política de drogas, mas este foi um longo processo que em seu desenvolvimento expandiu e diversificou, passando de um modelo orientado exclusivamente para abstinência, para um modelo alternativo à proibição, composto de ações múltiplas, que variam de Programas de Baixos Limiares de Exigência, como as troca de seringas e a substituição por metadona, a Programas de Altos Limiares de Exigência, composto pelas comunidades terapêuticas. Além disso, a Holanda passou a incluir em seus programas de redução de danos um trabalho com os usuários nas ruas, em hospitais, prisões e lugares de circulação de

profissionais do sexo. Isso tudo porque a Holanda possui uma forte tradição de atuação efetiva em saúde pública, aliada a percepção do governo holandês frente à problemática das drogas que é influenciada pela idéia de que o uso de drogas é natural em qualquer sociedade e que por isso não poderia ser visto pelo viés da criminalização, enfatizando a liberdade individual (FONSECA, 2005).

1.2.3 Experiências Internacionais e Nacionais Sobre a Política de Redução de Danos

A exemplo da Holanda, a Inglaterra, na cidade de Liverpool, também tentou instituir ações de redução de danos e a partir de 1985, várias estratégias começaram a ser disponibilizadas aos dependentes, tais como: “troca de seringas e educação em sua comunidade, prescrição de drogas, como heroína e cocaína, serviços de aconselhamento, emprego e moradia, tratamento para dependência, incluindo internação para desintoxicação” (QUEIROZ, 2001, p. 11). Essa experiência ficou sendo reconhecida cientificamente como “modelo de redução de danos de Mersey” (REGHELIN, 2002, p. 80) e em 1986 foi iniciado um dos primeiros programas de trocas de seringas da Inglaterra, manejado exclusivamente por usuários de drogas (REGHELIN, 2002).

De acordo com Reghelin (2002) a Inglaterra também conta em seu rol de experiências de redução de danos com a I Conferência Internacional de Redução de Danos, realizada na cidade de Liverpool, escolhida como sede, por ser esta a cidade inglesa com a taxa mais alta de dependência de heroína dos anos 80. Desde então, o programa de Merseyside oferece uma “abordagem multidisciplinar de tratamento, cuidado, controle e educação relacionados ao uso de drogas” (FONSECA, 2005, p. 37). O que necessita do envolvimento e da cooperação de

profissionais da saúde, da polícia e dos centros de tratamento e prevenção, uma vez que todas as ações são orientadas pelo princípio fundamental de um serviço acessível e *user friendly*¹, na tentativa de facilitar o acesso dos usuários e possibilitar a eles hábitos mais saudáveis e de menor risco (FONSECA, 2005).

Aos programas desenvolvidos outros semelhantes, em outros países, começaram a se desenvolver, como no Reino Unido, que através do Departamento de Saúde de Merseyside, introduziu programas de prescrição de heroína e cocaína focando na manutenção de um consumo, desde que este fosse mais seguro para usuários que não desejavam parar com o uso, engajando-se em um tratamento que vise à abstinência (SANTOS, 2008).

A Alemanha, em 1990, na cidade de Frankfurt disponibilizou serviços de camionetas móveis com a intenção de troca de seringas, fornecimento de metadona e aconselhamentos, acesso à troca de seringas em farmácias, abrigos para pernoite de usuários carentes, quatro centros de urgência para tratamento médico e três narcossalas, caracterizando, assim, um programa de redução de danos (SANTOS, 2008; REGHELIN, 2002). Hoje, o programa alemão é visto como modelo a ser seguido por outros países.

A Suíça, em 1993, iniciou a disponibilização, por meio de prescrições, de heroína e outras drogas injetáveis para dependentes, porém anterior a isso, as ações de redução de danos, segundo Reghelin (2002) se iniciaram no Parque da Agulha, um local de encontro entre usuários de drogas pesadas e pequenos traficantes. Neste parque, começou a ser implantadas ações de redução de danos, como a suspensão da repressão do uso naquele exclusivo espaço, o que possibilitou o primeiro acesso a população usuária. Posteriormente, o parque foi fechado por autoridades e as ações foram descentralizadas para outros espaços, sendo realizadas as prescrições de heroína e de cocaína para dependentes (REGHELIN, 2002).

O Canadá, em 1987, institucionalizou ações de redução de danos, como troca de seringas, indicação de metadona, prevenção dos problemas relacionados ao consumo excessivo do álcool e educação para saúde e em 1994 foi sede da V Conferência Internacional Sobre Redução de Danos. O Canadá, como afirma Reghelin (2002), possui a particularidade de fundamentar sua política de redução de danos na filosofia do humanitarismo e do pragmatismo, aceitando o uso de drogas como normal, algo que não pode ser eliminado, e por isso deve se tratar os danos decorrentes do uso.

A Austrália foi o primeiro país a introduzir em sua política nacional sobre drogas o programa de redução de danos, sendo sede da III Conferência Internacional Sobre Redução de Danos (SANTOS, 2008), onde seu ministro afirma que o governo australiano não é conivente com o mau ou bom uso das drogas, mas que vê na redução de danos uma política realista (REGHELIN, 2002).

Todas as ações e estratégias realizadas pelos países que caracterizam políticas e programas de redução de danos possuem o reconhecimento de suas intervenções pelo intermédio diretivo de fatores intimamente relacionados à emergente epidemia de AIDS dos anos 80, como

[...] a intensa infecção pelo vírus HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, bem como por hepatites, entre usuários de drogas injetáveis; a estreita relação entre os casos de AIDS e o abuso de drogas, indicado pelas altas taxas de soroprevalência entre os usuários de drogas injetáveis; o aumento substancial do número de usuários/dependentes de drogas; a certeza de que as práticas interventivas fundadas na repressão e no proibicionismo não tinham conseguido inferir no problema, ao longo de todo o período decorrido (QUEIROZ, 2001, p. 18).

Diante da posição das políticas dos países referente à redução de danos a Organização das Nações Unidas procurou uma definição frente às políticas e estratégias de prevenção da transmissão do HIV/AIDS entre os usuários de drogas. Esta definição encontra-se no documento oficial “Posição Oficial do Sistema das Nações Unidas, Prevenção da Transmissão

do HIV Entre Usuários de Drogas” (ONU, 2000), o qual afirma a eficiência dos programas de troca de seringas e agulhas, no momento em que aponta “a redução dos comportamentos de risco quanto ao uso de agulhas e à transmissão do HIV” (ONU, 2000, p.2).

Este cenário composto por várias ações advindas de vários países, a partir da década de 80, sistematizou o programa de redução de danos, que hoje se diverge do proibicionismo, por estar fundamentado em uma política multifatorial que compreende saúde, não apenas como ausência de doença, mas sim como um processo biopsicossocial e entende, dentro dessa perspectiva que a problemática do consumo de drogas na sociedade está calcado no tripé “droga, sujeito e contexto sócio-cultural”. Dessa maneira, percebe que a existência da droga não é a justificativa única que explicaria consumo de drogas na sociedade.

A construção da política nacional antidrogas no Brasil se estabelece dentro de um contexto histórico que a influencia diretamente, uma vez que, de um lado, se tem um processo nacional de abertura política e, de outro, a construção de uma política global de guerra às drogas. A abertura política do país é consequência do fracasso do milagre econômico, tendo, então, um cenário nacional de alto índice de inflação, explosão demográfica nos grandes centros urbanos, o que aumentou a pobreza nas periferias e favelas, fazendo com que as pessoas procurassem, cada vez mais, atividades informais para se sustentarem, dessa maneira, o tráfico de drogas ilícitas se agrega a essa circunstância e ganha projeção no mercado nacional (SOUZA, 2007).

Somado a isso, tem-se a popularização mundial da política estadunidense de guerra às drogas, a qual silencia as questões sociais e culturais envolvidas no uso, no abuso e na dependência as drogas. Dessa maneira, o tráfico de drogas sustentando o aumento da violência no país e a política mundial de combate as drogas, que retira o aspecto social do uso, sendo imensamente disseminada, fertilizou o campo para que no Brasil também fosse adotado uma posição proibicionista, de guerra as drogas, fazendo com que as iniciativas de

uma política de redução de danos sofresse forte repressão por parte das autoridades brasileiras, argumentando que eram iniciativas que violavam a legislação vigente sobre o enfrentamento as drogas (SANTOS, 2008).

De acordo com Machado e Miranda (2007) o governo brasileiro começou suas primeiras intervenções ao tema drogas no início do século XX, com a criação de um aparato jurídico institucional, que tinha por objetivo estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas ilícitas, na tentativa de preservar a segurança e a saúde do país. Como exemplo, pode-se citar a adesão, em 1911, do Brasil à Convenção de Haia, primeiro tratado internacional que estabelecia o controle sobre a venda de ópio, morfina, heroína e cocaína e, também, o comparecimento do país às reuniões da ONU realizadas nos anos de 1961, 1971 e 1988, que reafirmaram a repressão internacional à oferta e ao consumo de drogas, anteriormente proposto por vários países, de maneira independente (MACHADO; MIRANDA, 2007).

O Brasil ao adotar a repressão, com uma postura proibicionista e criminalizadora de guerra às drogas, assume como meta a abstinência total de consumo, em uma sociedade livre das drogas, o que reflete diretamente na construção e formação de políticas e intervenções estatais que atingem não somente o usuário, mas a população como um todo, já que o modelo a ser seguido cria um espaço de exclusão de usuários de drogas, que são encarados como marginais e delinquentes (SOUZA, 2008).

A imagem de usuário de drogas como um doente passa a ser compreendida pelo país a partir da década de 70, no momento em que a legislação brasileira passa a ser influenciada também pela medicina, propondo subsídios científicos para legitimar o controle do uso de drogas, tais como hospitais psiquiátricos e centros especializados de tratamento, que objetivavam salvar, recuperar e tratar os usuários (MACHADO; MIRANDA, 2007), demonstrando que a ótica médica e psiquiátrica abordada na questão do uso de drogas pela sociedade é uma construção histórica, a qual provoca práticas anti-sociais e ofertas de

tratamento excludentes, retirando o usuário de seu convívio social (BRASIL, 2003). O que indica uma percepção distorcida do real uso e abuso das drogas, promovendo, assim, uma cultura de exclusivo combate a substâncias, deixando em plano menos importante o indivíduo que faz uso e o meio ambiente em que este uso é realizado (BRASIL, 2003). Dessa maneira, a própria atual Política do Ministério da Saúde brasileiro referente ao tema drogas afirma que foi “neste vácuo de propostas e de estabelecimento de uma clara política de saúde por parte do Ministério da Saúde, constituíram-se alternativas de atenção de caráter total, fechado e tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência” (BRASIL, 2003, p. 7).

Essa situação proporcionou a aprovação da lei 6.368, a qual afirmava que a medicina psiquiátrica devia tomar conta da questão das drogas, levando a mudança do termo viciado para dependente de drogas, propondo a criação de centros especializados de tratamento na rede de saúde pública, adotando medida compulsória de tratamento, favorecendo, assim, a ampliação do poder judiciário sobre o controle do uso e do tráfico de drogas, com a institucionalização de centros de tratamento do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes (MIRANDA; MACHADO, 2007).

Este Sistema Nacional foi criado na década de 70, com representações de órgãos federais, estaduais e municipais, que possibilitaram a criação dos Conselhos Antidrogas, na década de 80, com o objetivo de contribuir para construção de iniciativas focadas tanto na abstinência quanto na repressão. Na década de 90, com a mudança do governo, substitui-se o sistema anterior, pelo atual, chamado Sistema Nacional Antidrogas – SISNAD – e Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD – orientados pela responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, de mútua cooperação entre Governo, iniciativa privada e cidadãos, visando à formulação de uma Política Nacional Antidrogas, centralizada na idéia do combate as drogas. Uma nova mudança de governo, fez com que a SENAD criasse debates efetivos sobre o tema, em âmbito nacional e regional, envolvendo segmentos da comunidade científica

e sociedade civil, resultando na Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, com princípios e diretrizes que não seguem a mesma linha de repressão e combate da antiga Política Nacional Antidrogas (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Essa nova política relacionada às drogas foi formulada em 2003 pelo Ministério da Saúde, o qual realmente afirma sua responsabilidade frente ao tema drogas, implantando a Política de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003), assumindo, com isso, o compromisso de enfrentar os problemas do consumo de drogas, buscando melhorar as condições dos usuários, dependentes e da população como um todo (MACHADO; MIRANDA, 2007).

O Ministério da Saúde, com a formulação desta Política evidencia que entende as ações de prevenção, de tratamento e de educação para saúde no que tange ao consumo de drogas, articuladas com outros Ministérios e com outros setores da sociedade civil organizada, já que pretende afirmar que o problema de drogas no país é um problema de saúde pública e que nesta perspectiva “o planejamento de programas deve contemplar grandes parcelas da população, de uma forma que a abstinência não seja a única meta viável e possível aos usuários” (BRASIL, 2003, p. 8).

No documento sobre a política nacional, foram também definidos como marco teórico-político as diretrizes para área, em consonância com os princípios e orientações do SUS, da reforma psiquiátrica, e segundo uma lógica ampliada de redução de danos. Propuseram-se como diretrizes: a alocação do uso de álcool e outras drogas entre os problemas de saúde pública; a indicação do paradigma da redução de danos nas ações de prevenção e de tratamento; a desconstrução da concepção do senso comum de que todo usuário de drogas é doente e requer internação ou prisão; e a mobilização da sociedade civil para práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 818).

A presente política é resultado de um comprometimento do atual Ministério da Saúde em estabelecer de modo integral a prevenção, o tratamento e a reabilitação dos usuários de drogas no campo da saúde pública, por ser esta uma recomendação da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001 (BRASIL, 2003; 2002).

Comprometimento este, que exige do Ministério da Saúde o rompimento com a idéia binária de associação da figura do usuário de drogas ligado exclusivamente a um comportamento anti-social ou a um criminoso (BRASIL, 2003).

Portanto, a Política de Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas, segue uma visão ampliada de saúde pública, comparada com políticas formuladas anteriormente em âmbito nacional, justamente porque ela propõe tratamento na atenção primária aos usuários de drogas, usando como estratégias o acesso a medicamentos, atenção na comunidade em que o usuário vive, educação em saúde para população em geral, formação de recursos humanos que atendam as demandas, criação de vínculos com outros setores da sociedade organizada, bem como iniciativas privadas e o monitoramento da saúde mental na comunidade, a fim de apoiar pesquisas e estabelecer programas de atenção ao usuário de drogas (BRASIL, 2003).

Os objetivos dessas estratégias da Política se referem principalmente a colocação do tema drogas no âmbito da saúde pública, implementação do paradigma de redução de danos, desconstrução do senso comum dos estereótipos do usuário de drogas e mobilização da sociedade civil, dando a ela condições de controle do consumo e possibilidade de participação na prevenção, no tratamento e na reabilitação (BRASIL, 2003).

Compreende-se, assim, que a formulação desta política rompeu com as idéias reducionistas e repressoras de combate as drogas, entendendo que o fenômeno é complexo e tem que ser abordado como tal, com suas implicações psicológicas, sociais, econômicas, e políticas, o que dá a idéia de que não pode ser de responsabilidade exclusiva das intervenções psiquiátricas e jurídicas, como ocorreu anteriormente na história do país. Este foi o contexto que fomentou a possibilidade oficial da execução das ações de redução de danos no país, embora estas ações, mesmo que timidamente e sob alvo de vários impedimentos e dificuldades, tenham se iniciado antes, a uma década, da implantação da política que favoreceria a legalidade dos programas de redução de danos brasileiros.

O primeiro movimento brasileiro de ações que se caracterizam como uma política de redução de danos teve sua origem na cidade de Santos, no ano de 1989, implementada pelo Programa de DST/AIDS da cidade, sob coordenação do médico sanitарista Fabio Mesquita, de responsabilidade da Secretaria de Higiene e Saúde, coordenada pelo médico também sanitарista David Capistrano Filho (SOUZA, 2007; ALMEIDA, 2003; MESQUITA; BASTOS, 1994; RODRIGUES, 2003). O pioneirismo santista nas ações de redução de danos não foi mera coincidência, para Souza (2007), foi resultado de muitos debates entre profissionais da saúde que discutiam, antes mesmo de promulgada a Lei Orgânica da Saúde de 1990 sobre os meios concretos de realizar a universalidade de acesso, a integralidade do cuidado e a equidade das ofertas de serviços de saúde, de maneira a integrar a sociedade em um sistema unificado de saúde, o que acabou sendo culminado por dois grandes marcos históricos para a saúde no Brasil, a Constituição de 1988 e a Lei do Sistema Único de Saúde – SUS – de 1990.

Não é por acaso que, no Brasil, a primeira experiência tenha sido iniciada em Santos na época em que essa cidade se transformou num laboratório de invenção de políticas públicas, com sua dose de confronto com a ordem instituída. Durante o período de 1989 a 1996, Santos foi a primeira cidade brasileira sem manicômio; a primeira cidade a reverter epidemiologicamente o quadro de contágio pelo vírus da Aids; a primeira cidade a criar programas de assistência domiciliar e a inventar uma metodologia de trabalho com meninas prostituídas e dependentes do crack, etc., e também foi a primeira cidade a aplicar a metodologia de distribuição gratuita de seringas descartáveis (LANCETTI, 1996, p. 39).

O Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS – IEPAS – de Santos foi à primeira Organização Não Governamental – ONG – brasileira a adotar ações de redução de danos, por meio da estratégia de troca de seringas, entretanto, após uma ação judicial, sofrida por David Capistrano, então secretário da saúde de Santos, o programa de troca de seringas teve que ser interrompido por ter sido considerado pelas autoridades como indução, instigação ou auxílio para as pessoas usarem drogas, o que poderia ser equiparado ao tráfico ilícito (SOUZA, 2007;

REGHELIN, 2002). O programa, então, continuou com ações de redução de danos, porém um pouco mais tímidas, apenas com serviços de informações, aconselhamentos, distribuição de frascos de água destilada, hipoclorito de sódio, lenços umedecidos em álcool e preservativos (REGHELIN, 2002).

As ações, até então inovadoras, do programa de redução de danos em Santos, foi construída em meio a discussões polêmicas e o impedimento das ações demonstrou uma ampla dificuldade da implantação do processo de democratização da saúde no país, o que evidencia o encontro, neste momento, de idéias contrárias, entre o conservadorismo que sustentava uma política antidrogas e as forças progressistas que lutavam por qualidade de vida e democracia (SOUZA, 2007). Assim, os gestores de saúde de Santos e do Estado de São Paulo e os profissionais da IEPAS, iniciaram uma nova articulação das políticas sobre drogas, o que fez com que no ano de 1995, propusessem a implementação legal do dispositivo de troca de seringas em cinco municípios paulistas e o Dia Mundial da Luta Contra a AIDS, que aconteceria em 1º de dezembro de 1995 e sua principal ação seria a disponibilização de um kit de prevenção, composto por seringas de insulina, agulhas descartáveis, vasilhame com água destilada, desinfetante de pele, hipoclorito de sódio, copinho e misturador (SOUZA, 2007).

Propostas estas que não aconteceram, porque foram, mais uma vez, embargadas pela justiça, o que não fez com que os profissionais que estavam envolvidos desistissem de investir no programa de troca de seringas, pelo contrário, investiram, agora, em um método mais silencioso para as ações de redução de danos, configurando novos espaços para essas ações. O território da redução de danos passou a ser as ruas, os becos, as bocas de fumo e os pontos de prostituição, “consolidando um novo plano para as políticas públicas de drogas, fundado às escondidas, nas sombras, invisível aos olhos do Estado” (SOUZA, 2007, p. 71).

[...] a redução de danos foi acionando, à margem do Estado, uma dinâmica de contágio e propagação de propostas de cuidado de si, fundando um espaço *underground* das políticas de drogas. O termo *underground* indica o aspecto

marginal das políticas da RD: um espaço tanto físico quanto político. Podemos, inclusive, considerá-lo como território de articulação clínico-político da RD: territórios geográficos e territórios marginais com mais detalhamento (SOUZA, 2007).

De acordo com Souza (2007) esse espaço *underground*, com o passar do tempo, se transformou em um espaço de mobilização nacional, porque no ano de 1997 a IEPAS começou a receber financiamento da Política Nacional DST/AIDS, o que foi possível devido à proximidade da gestão das políticas de AIDS com as ONGs já existentes. Além disso, os boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde indicavam grande associação entre os casos de AIDS no Brasil ao uso indevido de drogas injetáveis (BRASIL, 2003).

O financiamento da IEPAS e a divulgação dos boletins epidemiológicos fomentaram discussões para que a redução de danos deixasse de ser uma política do município de Santos e viesse a se tornar uma política de alcance nacional. Para que isso pudesse acontecer à política de Redução de danos começou a caminhar juntamente com as políticas e os programas DST/AIDS e em 1994 teve início o primeiro projeto da PN-DST/AIDS em torno do tema drogas, que foi o Projeto Drogas, apoiado política e financeiramente pela ONU (SOUZA, 2007).

A redução de danos estava inserida como parte das ações desse projeto, em linhas de intervenção estadual e municipal, o que possibilitou a implantação dos primeiros Programas de Redução de Danos do país, nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Ceará e Bahia, tendo como órgãos responsáveis as Unidades Básicas de Saúde, os programas municipais DST/AIDS, o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia, o Programa de Orientação e Atendimento aos Dependentes da Universidade Federal de São Paulo e o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (SOUZA, 2007). Estas eram unidades de referência da

Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Entorpecentes do Ministério da Justiça e o envolvimento desses órgãos na política de redução de danos fez com que ela ultrapassasse seu caráter clandestino, para um paradigma estatal, o qual possibilitou que a redução de danos se tornasse uma política de governo, mesmo com os embates municipais do posicionamento antidrogas (SOUZA, 2007).

Neste cenário, surge em 1996, a Associação Brasileira de Redução de Danos – ABORDA – como resultado da auto-mobilização de usuários de drogas, ex-usuários, técnicos de diversas áreas e pessoas que acreditavam na prevenção da AIDS e de outras doenças (REGHELIN, 2002), com o objetivo de capacitar os programas de redução de danos brasileiros, mobilizando redutores de danos e usuários de drogas para se organizarem politicamente e fundarem ONGs brasileiras, que viessem a sistematizar os programas de redução de danos em todo o país (SOUZA, 2007). Diante disso, no ano de 2003 foram registrados 80 programas de redução de danos no Brasil, sendo coordenados por ONGs de redutores de danos e OGs ligadas a instituições estatais (BRASIL, 2003).

A tessitura dessa rede possibilitou a inclusão de grupos minoritários num circuito de relação, em que se passou a trocar muito mais do que seringas descartáveis. O método da RD foi, aos poucos, se descolando do foco específico do prevenir, efetivado através do dispositivo de troca de seringas, e assumiu objetivos mais amplos acionados por novos dispositivos de gestão e atenção. A cooperação em rede fundou uma plataforma situada entre o plano *underground* e o plano estatal das políticas de RD, criando um atravessamento entre os mesmos (SOUZA, 2007, p. 75).

Foi essa mobilização dos redutores de danos, por meio das ONGs que se pôde construir uma rede democrática no que tange a política de redução de danos, mesmo esta política sendo criada em meio ao paradoxo de, por um lado, receber financiamento do Estado para sua implantação, e por outro, encontrar limitações diante do rompimento com as políticas proibicionistas.

No Brasil, ao contrário, as organizações da sociedade civil desempenharam um papel especialmente relevante na institucionalização do programa de AIDS, já nos seus primórdios, e especialmente a partir de 1992. O programa nacional de DST e AIDS/Ministério da Saúde (PN-DST/AIDS) financiou as ações de prevenção à AIDS no Brasil de 1993 a 2002 através de convênios firmados com 27 Estados e 177 municípios estratégicos. Além disso, foram também financiados, nesse mesmo período, 976 projetos de organizações da sociedade civil, 186 deles projetos de prevenção à AIDS entre usuários de drogas injetáveis (FONSECA, 2007).

Em meio a este encontro paradoxal estava sendo criada a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral de Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003), o que sustentou e definiu a política de redução de danos, com o fim do financiamento da PN – DST/AIDS em 2005 (SOUZA, 2007). Sendo, então, parte de uma política integral do Ministério da Saúde, a redução de danos deixou de ser de responsabilidade da DST/AIDS, passando a ser de responsabilidade exclusiva da assistência em saúde mental do país, o que lhe trouxe alguns desdobramentos institucionais, que segundo Souza (2007), construiu as seguintes portarias:

- Portaria 1.028 de julho de 2005 – regulariza as ações de RD pelo Ministério da Saúde. O caráter democrático desta portaria se opõe claramente às propostas de tratamento que se pautavam exclusivamente no paradigma proibicionista e da abstinência.
 - Portaria 1.059 de julho de 2005 – destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centro de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPSad – e dá outras providências.
- Nesse momento, podemos estabelecer as quatro principais instituições de fomento da RD: 1º - Programas Municipais de DST/AIDS através de PRDs; 2º - Organizações Não-Governamentais de Redutores de Danos; 3º - Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas; 4º - Centros de Referência Nacional de Álcool e outras Drogas (SOUZA, 2007, p. 78).

Essas ações regularizaram a redução de danos como um “método clínico-político” (SOUZA, 2007, p. 78) frente à gestão do Sistema Único de Saúde do Brasil, respondendo aos seus princípios de universalidade, pois abrange todo e qualquer usuário de droga; integralidade de acesso, mesmo para aqueles que não desejam parar com o uso e equidade em ofertar o serviço.

Este percurso histórico de como a redução de danos construiu seu espaço em territórios brasileiros, leva a concluir que ela passou por três grandes momentos, o pioneirismo de Santos no ano de 1989, o financiamento pelas políticas nacionais de DST/AIDS, a partir do ano de 1994 e a definição como política pela implantação da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e outras Drogas, no ano de 2003. Estes foram marcos institucionais que possibilitaram que a redução de danos ultrapassasse o contexto local da cidade de Santos e ganhasse projeção de política nacional no Ministério da Saúde.

Entretanto, o Ministério da Saúde, no momento em que implementa a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas no ano de 2003, reconhece que houve um atraso no Sistema Único de Saúde em enfrentar como sua a responsabilidade dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, o que leva a caracterização da história de política de drogas no Brasil, a qual tinha, até então, as políticas e intervenções sendo desenvolvidas pela justiça e segurança pública e as dificuldades no enfrentamento dos problemas, sendo do campo da saúde pública (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Esses são demonstrativos de como a redução de danos foi experienciada ao longo do tempo nos diversos países. Desde seu surgimento, com as primeiras ações que hoje são caracterizadas como redução de danos; até os dias atuais, em que a proposta se encontra estabelecida como política de saúde pública, alternativa à visão proibicionista, uma vez que sua fundamentação principal se encontra na idéia de que não há possibilidade de uma sociedade livre de drogas, que o consumo de drogas é aspecto cultural da sociedade, o que reforça a idéia de que é melhor minimizar danos, frente a uma realidade que afirma a presença de comportamentos de risco por escolhas pessoais. Portanto, a história tanto social quanto cultural onde foi inserida a política de redução de danos contribuiu para que a comunidade e os governos a reconhecessem, ou não, em sua efetividade e em seus resultados.

1.3 Atuação do Psicólogo no CAPS

O Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS – é uma unidade de atendimento em saúde mental, que oferece cuidados intensivos para seus usuários, elaborados por uma equipe multidisciplinar (CARDOSO; SEMINOTTI, 2006). Sua origem se deve ao desenvolvimento da Política da Reforma Psiquiátrica, concebido como uma alternativa terapêutica ao modelo de atendimento centrado no hospital psiquiátrico, de modo que passaram a ter “desde 2002 a função estratégica de articular as forças de atenção em saúde e as da comunidade, visando à promoção da vida comunitária e da autonomia de seus usuários” (CARDOSO; SEMINOTTI, 2006, p. 776).

No âmbito federal os CAPS foram regulamentados pela Portaria nº 336, do Diário Oficial da União, em 20 de fevereiro de 2002, a qual os estabelece em três níveis, Caps I, Caps II e Caps III, definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional (ANDREOLI et al, 2004).

De acordo com a Portaria nº 336, o Caps I atende municípios com população de 20.000 a 70.000 mil habitantes, com uma equipe técnica mínima, para o atendimento de 20 pacientes por turno e limite máximo de 30 pacientes por dia, de um médico com formação específica em saúde mental; um enfermeiro; 3 profissionais de nível superior entre as áreas de psicologia, assistência social, terapia ocupacional e pedagogo; 4 profissionais de nível médio, como técnico em enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002). O Caps II atende municípios com população entre 70.000 a 200.000 mil habitantes, com uma equipe técnica mínima, para o atendimento de 30 pacientes por turno e limite máximo de 45 pacientes por dia, de um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível superior entre as áreas de psicologia, assistência social, terapia ocupacional e pedagogo; seis profissionais de nível médio, como

técnico em enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002). O Caps III atende municípios com população acima de 200.000 mil habitantes, com uma equipe técnica mínima, para o atendimento de 40 pacientes por turno e limite máximo de 60 pacientes por dia, de dois médicos psiquiatras; um enfermeiro com formação em saúde mental; cinco profissionais de nível superior entre as áreas de psicologia, assistência social, terapia ocupacional e pedagogo; oito profissionais de nível médio, como técnico em enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Esta modalidade possui serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas por dia (BRASIL, 2002).

Além dessas três modalidades, ainda existem o Caps I e II para atendimentos a crianças e adolescentes e o Caps ad II para atendimentos a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, todos compostos das seguintes atividades: atendimento individual, atendimento em grupos, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, pacientes atendidos em um turno recebem uma refeição diária e em dois turnos, duas refeições diárias (BRASIL, 2002).

Como o Caps é um modelo substitutivo aos antigos hospitais psiquiátricos, foi criado para suprir a demanda do atendimento em saúde mental, possuindo a responsabilidade de produzir e oferecer novos modelos de assistência. O papel da equipe de profissionais que atuam nos Caps prevê uma mudança de postura e uma adaptação contínua às diferentes demandas e situações, uma vez que este novo modelo de atendimento possui como filosofia o repensar das formas de poder impostas sobre os doentes mentais, possibilitando inclusão social do usuário, utilização de recursos da comunidade, envolvimento dos familiares no tratamento, sempre trabalhando em direção à autonomia do sujeito usuário (ABUHAB et al, 2005).

O Conselho Federal de Psicologia – CFP – realizou uma pesquisa abordando profissionais psicólogos que trabalham em Centros de Atendimento Psicossocial, sobre suas

atuações e como estas se desenvolvem no âmbito das políticas públicas. Nesta pesquisa, os psicólogos participantes relataram sobre as atividades realizadas no cotidiano de suas atuações. Estas compreendem atendimento individual considerado como acolhimento, psicoterapia, acompanhamento, escuta, terapia breve, entre outros; coordenação de grupos, considerada como a principal ação desenvolvida no Caps, podendo ser grupos de abertura das atividades do dia, oficinas terapêuticas, dirigidos a geração de renda, terapêuticos, assembléias e temáticos; atendimento psicológico aos familiares realizado individualmente e em grupo; atuação com os funcionários do Caps realizando grupos de discussão, de capacitação e de supervisão; visita domiciliar realizadas de acordo com cada demanda específica; trabalho em equipe multidisciplinar, já que existem muitas atividades são desenvolvidas em equipe; atuação em rede e na comunidade buscando fortalecer a rede de assistência e aproximação com a comunidade; formulação de pareceres, laudos e prontuários a fim de registro das ações e diagnósticos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

A pesquisa também aborda as principais dificuldades relatadas pelos psicólogos participantes que interferem diretamente em seu trabalho, as quais são: ausência de discussões e estágios na formação da graduação em psicologia que focalizam o Caps; necessidade de formação continuada pela falta de conhecimento dos psicólogos sobre políticas públicas; ausência de supervisão nesta área pela dificuldade de compartilhamento de saberes; dificuldade em articular as redes de serviços a fim de garantir os possíveis encaminhamentos; adesão efetiva aos serviços oferecidos por parte dos usuários; e participação dos familiares para que estes possam auxiliar na continuidade do tratamento (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

No contexto dos Caps são desenvolvidas muitas atividades diariamente e os profissionais da Psicologia são confrontados com uma realidade complexa e com a necessidade de desenvolver ações terapêuticas, de socialização e de reinserção dos usuários e de suas famílias. Por outro lado, são solicitados também a atuar com a comunidade, tanto no estabelecimento de parcerias com outras instituições e grupos

para articular uma rede de referência como na busca de transformar os lugares sociais tradicionalmente ocupados pela “loucura” na nossa sociedade (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009, p. 53).

O trabalho do psicólogo nos Caps é marcado por uma série de diretrizes que orientam suas atuações e o desenvolvimento do trabalho em equipe, o que implica a necessidade constante de um diálogo interdisciplinar.

Nesses espaços de atuação dos psicólogos, a implementação da política de redução de danos é uma possibilidade por estar em consonância com a política da Reforma Psiquiátrica, modelo que fundamenta a atuação dos Caps. A atuação é desenvolvida por meio de trabalhos de campo, nas ruas, em hospitais, prisões, tornando o acesso aos serviços de saúde o mais fácil possível (SOUZA et al, 2007).

Os profissionais que atuam nesse programa devem assumir uma postura compreensiva e inclusiva, considerando o usuário como um ser racional e, portanto, os serviços de tratamento/saúde devem estabelecer com eles relações de cooperação, sem o uso de técnicas hostis ou confrontativas, mas utilizando essencialmente, o serviço na comunidade através de educadores de saúde e do recrutamento de ex-usuários para atuarem como redutores de danos (SOUZA et al, 2007, p. 214).

A atuação dentro da perspectiva da redução de danos segue uma intervenção educativa com orientações individuais, oficinas, aconselhamentos, distribuições de insumos para o uso de drogas, panfletos, cartazes, preservativos, entre outros, além de acompanhamentos e encaminhamentos de usuários e não usuários a outros serviços de saúde (SOUZA et al, 2007).

1.4 Sexualidade, Vulnerabilidade e a Política de Redução de Danos

Pretende-se apresentar algumas reflexões envolvendo o conceito de redução de danos e sua relação com sexualidade e vulnerabilidade, entendendo aqui a vulnerabilidade social como uma condição que aumenta o risco de engajamento em práticas sexuais que levam ao

contágio de doenças sexualmente transmissíveis associadas ao uso de drogas em geral, a política de redução de danos poderia ser útil para favorecer o exercício autônomo da sexualidade. Essa relação ainda é recente nas práticas sociais e a Psicologia ainda não apresenta pesquisas sólidas nessa área. Desta forma, nos baseamos em reflexões iniciais, tendo como parâmetro a literatura recente sobre a redução de danos e a compreensão da sexualidade e da vulnerabilidade como construções sociais e políticas.

1.4.1 Práticas de Risco e a Política de Redução de Danos

É preciso reconhecer que o indivíduo que possui práticas de risco é marcado e estigmatizado (GOFFMAN, 1988) por sua condição marginal, o que prejudica os tratamentos e as intervenções preventivas. Ele é visto como “doente”, “marginal” e ainda marcado pela representação social de que ele é “culpado” pelo hábito que não consegue deixar de ter. Por isso mais importante do que o ato de usar drogas ou de praticar sexo não seguro, a proposta de redução de danos preocupa-se com o sujeito como pessoa, tentando compreender as condições subjetivas e objetivas que o levaram a tal situação.

Delbon, et al (2006, p.34) comentam que:

No caso específico da redução de danos, quando uma sociedade não reconhece os direitos de uma pessoa que faz uso de uma droga ilícita, significa que essa sociedade, do ponto de vista ético, está afirmando que umas pessoas são mais cidadãos que outras. Portanto, a condição de cidadão passa a ser secundária em relação à de usuário de drogas, ou seja, primeiro a pessoa é julgada por fazer uso de droga e, em decorrência disso, perde o reconhecimento de sua condição de cidadão.

Algumas questões que direcionam esse modo de pensar seriam as seguintes:

- “Quem é a pessoa que faz isso?” – Como respeitar a singularidade e particularidade que constitui o sujeito como ser único?

- “Como e por que ela faz isso?” – que mecanismos subjetivos e objetivos mantêm seu comportamento? Em quais condições e riscos?

- “Quão essa pessoa é exposta à vulnerabilidade social que produz seu comportamento? Que condições econômicas e sociais ela está inserida?

- “De que modo ela pode fazer isso com mais segurança e menos riscos à sua saúde e a de outros?” Como colaborar para que se minimizem os riscos de suas práticas?

Este novo paradigma sugere uma forma alternativa aos modelos tradicionais de encarar o tratamento e a prevenção das práticas de risco, levando em consideração a pessoa que exerce a prática e não somente o comportamento de risco, ganhando expressividade a partir dos anos 80, pelo grande aumento da epidemia da AIDS nos países europeus (QUEIROZ, 2007).

A Síndrome de Imunodeficiência Humana – AIDS – desde seu surgimento, nos anos 80, vem provocando grandes discussões em diversos cenários. Dessas discussões emergiram uma gama de informações, conceitos e teorias que tentam orientar e até mesmo regular a conduta das pessoas, no sentido de evitar a contaminação pelo vírus HIV, uma vez que a AIDS tornou-se mais do que um conjunto de doenças: ela se tornou uma poderosa metáfora para nossa cultura sexual e a resposta controladora e preconceituosa a isso demonstra o sinal de um mau entendimento sobre os próprios corpos e suas atividades sexuais (SONTAG, 1989). Isso evidencia que o surgimento da AIDS representou um dos acontecimentos marcantes da história do século XX, fazendo emergir uma demanda pela sociedade de respostas efetivas sobre a epidemia que se instalava nos famosos grupos de risco (VIDAL et al, 2009). A responsabilidade sobre a infecção e a transmissão da doença foi direcionada no indivíduo, o que contribuiu para o aumento da culpabilização dos sujeitos atingidos, obscurecendo ainda mais, as determinações e influências sociais, históricas e culturais que envolveram o advento da AIDS e das sexualidades (BOZON, 2004; BRITES, 2006; RUSSO,

2009).

Com o avanço das pesquisas e do conhecimento sobre a doença foi divulgado que não havia grupos de risco e o contágio ao HIV poderia atingir toda a população e não apenas um determinado grupo, os homossexuais, como foi divulgado antes (LIMA; MOREIRA, 2008). Essas novas informações contribuíram para diminuir a estigmatização e exclusão dos anteriores “grupos de riscos”, mas também ampliaram as preocupações sobre como garantir o envolvimento maior de todos nos hábitos de prevenção (AYRES, 1997).

Passou-se, então, a se pensar em práticas de risco e vulnerabilidade, o que revelou, antes de tudo, o aspecto ardiloso de uma tentativa de controle da epidemia que definia como promíscuo e perigoso os estilos de vida dos gays, dos usuários de drogas, dos travestis, e dos profissionais do sexo (SOUZA, 2007). Além disso, criou-se a idéia de que a sociedade atual precisa controlar os riscos e diminuir as vulnerabilidades, gerenciando tanto comportamentos individuais quanto os coletivos (LIMA; MOREIRA, 2008).

Pensar o risco e a vulnerabilidade implica em compreender que os princípios normativos que criminalizam ou não determinadas práticas, mesmo sendo essas danosas à saúde do sujeito e a integridade do seu contexto social, devem ser analisadas de acordo com as conseqüências de tais práticas, a responsabilidade e a intencionalidade envolvida nelas e as alternativas concretas para superação e prevenção de determinada prática, articulando tudo isso com os direitos e deveres socialmente reconhecidos para cada cidadão (BRITES, 2006).

1.4.2 Sexualidade e Vulnerabilidade

O conceito de sexualidade é destacado aqui como um fenômeno social e cultural. A sexualidade envolve os desejos, sentimentos, atitudes, valores e comportamentos que dizem

respeito ao erotismo humano, mas suas manifestações dependem das representações sociais em diferentes contextos culturais e momentos históricos (BOZON, 2004; LOURO, 1999; MAIA, 2001; 2006; MOTTIER, 2008; RIBEIRO, 1990). Bozon (2004) explica:

Como construção social, a sexualidade humana implica, de maneira inevitável a coordenação de uma atividade mental com uma atividade corporal, aprendidas ambas através da cultura. A sexualidade humana não é um dado da natureza. Construída socialmente pelo contexto cultural em que está inscrita, essa sexualidade extrai sua importância política daquilo que contribui, em retorno, para estruturar as relações culturais das quais depende, na medida em que ‘incorpora’ e representa. (...) A sexualidade é uma esfera específica, mas não autônoma do comportamento humano, que compreende atos, relacionamentos e significados (...). A sexualidade não se explica pela própria sexualidade, nem pela biologia. A sociologia da sexualidade é um trabalho infinito de contextualização social e cultural que visa estabelecer relações múltiplas, e por vezes, desconhecidas, dos fenômenos sexuais com outros processos sociais, o que se pode chamar de construção social da sexualidade (BOZON, 2004, p. 14; p.151).

Michel Foucault em seus livros sobre a História da Sexualidade (1976/1984) constrói uma hipótese acerca da sexualidade humana, argumentando que ela não deve ser concebida como um dado apenas da natureza e sim como um produto do encadeamento da estimulação dos corpos, da intensificação dos prazeres, da incitação ao discurso, da formação dos conhecimentos, do reforço dos controles e das resistências.

Não se deve descrever a sexualidade como um ímpeto rebelde, estranha por natureza e indócil por necessidade a um poder que, por sua vez, esgota-se na tentativa de sujeitá-la e, muitas vezes, fracassa em dominá-la inteiramente. Ela aparece mais como um ponto de passagem particularmente denso pelas relações de poder: entre homens e mulheres, entre jovens e velhos, entre pais e filhos, entre educadores e alunos, entre padres e leigos, entre administração e população. Nas relações de poder, a sexualidade não é o elemento mais rígido, mas um dos dotados de maior instrumentalidade, utilizável no maior número de manobras e podendo servir de ponto de apoio, de articulação às mais variadas estratégias (FOUCAULT, 1984, p. 62).

As sexualidades são, portanto, socialmente construídas, através das culturas e do tempo (LOURO, 1999), a partir de discursos sociais que se tornam no pensamento foucaultiano, como “dispositivos de poder” uma vez que as instituições sociais, culturais,

históricas seriam mediadas pela relação saber-poder. Ao se falar sobre as práticas sexuais e o que elas representam nas sociedades, geram-se normas, controles, vigílias, regras que implicam na repressão que ocorre nas relações de poder (BRITZMAN, 1999; CHAUI, 1985; LOURO, 1999). Na mesma direção, Maia (2009, p.16) afirma que a sexualidade é “um conjunto de valores e concepções sobre as questões relacionadas ao corpo, às funções do sexo, à construção de gêneros, à normatização de vínculos amorosos e aos padrões definidores de normalidade que configuram o erotismo humano”.

Aparentemente a sociedade permite práticas sexuais diversas, mas isso não implica dizer que a relação que os sujeitos estabelecem com o sexual esteja de uma maneira mais simplificada (LIMA; MOREIRA, 2008) ou fora de regras e controles. Os atos sexuais possuem significados e sentidos, socialmente e subjetivamente construídos, que variam conforme o contexto onde ocorrem, podendo ser compreendidos pela variação existente nos diversos rótulos sexuais, o que sugere que o comportamento sexual seja encarado como intencional mesmo esta intencionalidade sendo moldada por contextos específicos estruturados de interações sociais e culturais (LOURO, 1999). Embora as sociedades sempre mostrassem preocupações morais e valorativas sobre sexo e sexualidade, o controle sobre ela aparece de modo mais evidente pelo controle do corpo, com uma visão médica-profilática, visando à saúde sexual (MAIA, 2004).

É comum, por exemplo, que as políticas públicas brasileiras direcionadas à sexualidade, seja no âmbito da saúde ou da educação, priorizem o esclarecimento de aspectos higiênicos e fisiológicos ligados ao sexo e às suas patologias e não lidem com o enfrentamento das discussões sociais que realmente possuem implicações nas práticas sexuais. Além disso, o desejo e o prazer envolvidos na sexualidade de maneira singular para cada sujeito também devem ser considerados como subjetividades que refletem questões sociais mais amplas (ALTMANN, 2003; LIMA; MOREIRA, 2008; MAIA, 2004). Nesse

sentido, Lima e Moreira (2008) afirmam que é preciso reconhecer que as manifestações da sexualidade podem ser múltiplas, mas elas traduzem uma pessoa única e particular. Os autores alertam, ainda, que é preciso,

lembrar que o aspecto mais notável dos seres humanos é a singularidade psíquica de cada um. Portanto, é necessário refletirmos sobre as práticas sexuais, a sexualidade e o gozo sexual, retirando a ênfase das discussões sobre a AIDS dos fluidos, humores, bactérias e vírus que eventualmente estão presentes num ato sexual e direcionarmos nossas atenções para o prazer que todos os seres humanos, de um modo ou de outro, buscam em suas práticas sexuais (LIMA; MOREIRA, 2008, p. 114).

Partindo desse enfoque, cria-se a necessidade de pensar sobre vulnerabilidade e risco, uma vez que a construção deste campo conceitual na área da saúde é relativamente recente, sendo encontrado em uma estreita relação com a epidemia do HIV/AIDS e a tentativa de superação de práticas preventivas nesse contexto (SEED, 2008).

Entende-se o conceito de vulnerabilidade tal como apresentam Ayres (1997) como os diferentes graus e naturezas de suscetibilidade dos sujeitos e da coletividade a uma exposição a algum risco, seguindo particularidades de cada situação integradas aos aspectos sociais, programáticos e individuais.

A definição de vulnerabilidade passa pela intersecção de três poderes, o *entitlement* que se refere ao direito das pessoas; o *empowerment*, que se refere ao empoderamento, à sua participação política e institucional; e a política econômica, que se refere à organização estrutural da sociedade e suas decorrências; estes três poderes agrupam a questão da vulnerabilidade às doenças e as situações adversas da vida, afirmando que esta se constrói de maneira diferente para cada indivíduo, para cada região e para cada grupo social, articulando-se com o nível de pobreza, com as crises econômicas e o nível educacional (SANCHES; BERTOLOZZI, 2007).

A vulnerabilidade tem relação direta com a dimensão social, permeada pelas representações que tiveram a epidemia da AIDS no sujeito e no seu contexto histórico-social.

A vulnerabilidade considera que os agravos ou a própria epidemia da AIDS estão incorporados por dimensões da realidade de cada sujeito, relacionados aos grupos e segmentos sociais aos quais ele pertence, deixando de individualizar o risco ou a própria vulnerabilidade de cada um (BRITES, 2006).

O aspecto social da vulnerabilidade possui relação com o acesso dos sujeitos às informações, às possibilidades de compreendê-las e de incorporá-las, a fim de promover uma mudança significativa nas práticas cotidianas. Nesse sentido, os aspectos programáticos para diminuir as situações de vulnerabilidade devem envolver o compromisso das instituições nacionais, regionais ou locais na promoção da prevenção e do cuidado, identificando as necessidades dos sujeitos que se encontram em situações de vulnerabilidade (SEED, 2008). Ou seja, as pessoas não são em si mesmas vulneráveis, mas podem (ou não) se encontrarem em situações vulneráveis diante de alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições e em diferentes momentos de suas vidas.

Portanto, a compreensão de que há pessoas que se encontram em situação vulnerável, se articula bem com a perspectiva da política de redução de danos que requer pensar em elementos que avaliem as chances que os sujeitos possuem, no caso de contaminação pelo vírus HIV, considerando as características sociais e individuais que perpassam por sua vida cotidiana e que são definidas como relevantes para uma maior exposição ao HIV ou uma menor possibilidade de proteção.

Portanto, ser estatisticamente parte de grupos de riscos é diferente de ser vulnerável aos riscos. O conceito de risco pode ser considerado, de acordo com Ayres (1997), parte integrante do campo conceitual abrangente da vulnerabilidade, uma vez que o risco é a probabilidade de ocorrência de um determinado agravo a qualquer sujeito, em qualquer circunstância e a vulnerabilidade vem julgar essa probabilidade de ocorrência, visando à suscetibilidade do agravo em um conjunto de condições intervenientes.

Risco, historicamente, conformou-se como um instrumento preditivo de quantificação das possibilidades de indivíduos ou populações virem a sofrer determinados agravos, em sentido *lato*, a partir da identificação de associações entre eventos ou condições insalubres, do ponto de vista biológico, social ou moral, e outros eventos e condições saudáveis, do mesmo ponto de vista, e que seriam causalmente relacionáveis. Vulnerabilidade, por sua vez, é um conceito muito mais amplo e complexo que implica o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento [e a outros agravos sociais] como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos [e] contextuais que estão relacionados com a sua maior suscetibilidade a esses agravos e, concomitantemente, com sua maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção (AYRES e cols., 2003 p. 127).

1.4.3 Sexualidade e Redução de Danos

A sexualidade, seu significado e sua experiência, devem ser entendidos levando em consideração os diferentes espaços históricos, sociais e culturais em que ocorrem. Louro (1999) afirma que o melhor modo de entender a sexualidade é concebê-la como um construto histórico, já que ela possui relações com nossas crenças, ideologias e imaginações, que vão além das relações com nosso corpo físico. Volta-se, então, a atenção para a construção social da vida sexual e para o contexto que modela tal prática, abrindo espaço para a compreensão não somente do comportamento sexual, mas também das interações sexuais e dos atores que dela fazem parte. A sexualidade possui história e seus estudiosos devem compreendê-la como um construto social e cultural (PARKER, 1997; LOURO, 1999). Segundo Louro (1999, p.47), “a recente pesquisa social e cultural sobre a sexualidade tem destacado a potencialidade de diversas culturas e comunidades sexuais para remoldarem e reestruturarem os contornos de suas próprias experiências”.

Essa idéia vai ao encontro da intenção de articular a política de redução de danos com as práticas sexuais, uma vez que a política entende a práticas de risco, sejam elas aliadas a sexualidade ou não, como constituinte de todo um contexto social e cultural, em que o foco

recai não sobre a prática, mas sim sobre o significado que ela possui a quem exerce. As premissas da política para tratar com a questão de práticas de risco, também possibilita a articulação da idéia de que a sexualidade é uma questão claramente política e que merece uma investigação histórica e sociológica, que apreciem o comportamento individual dentro de um contexto social amplo.

Assim a implantação das políticas de redução de danos é uma tentativa de diminuir os riscos e não eliminar a prática, utilizando de estratégias de controle sobre os comportamentos de riscos que não estigmatizassem os sujeitos que as praticassem. Oferece, então, um suporte ao sujeito, procurando escutar suas necessidades, descarregados de preconceitos, respeitando as escolhas do outro e observando estratégias de diminuição de riscos possíveis para o momento, sugerindo que cada sujeito vivencie sua realidade (ALMEIDA, 2003).

Ou seja, a redução de danos visa reduzir os efeitos nocivos na vida dos sujeitos que praticam comportamentos de risco, dando-lhe o direito de escolha do que é possível para sua vida neste momento, sendo o responsável por ela. O que leva a compreensão de que o foco nesta política não é extinguir as práticas, mas sim conviver com os riscos dentro de uma possibilidade de qualidade de vida, respeitando a singularidade, considerando as diferenças com ações não rígidas e nem estanques (ALMEIDA, 2003).

Essa proposta oferece um conjunto de ações alternativas aos modelos de tratamento e prevenção tradicionais, que integram os sujeitos em uma nova perspectiva, a qual a abstinência a qualquer custo não é a única saída, mas sim a convivência não danosa com o uso de drogas e as práticas sexuais de risco, assim as ações de redução de danos se direciona para sujeitos que não querem, não podem ou não conseguem abandonar os comportamentos de riscos, o que representa uma promoção de saúde em sentido amplo, que se aproxima da realidade vulnerável em que vivem os usuários de drogas e pessoas de práticas sexuais de risco (CAMPOS; SIQUEIRA; BASTOS, 2001).

Não se pretende, com isso, deixar de investir em prevenção contra o hábito de práticas arriscadas, mas essas medidas preventivas estariam relacionadas às políticas que investissem na identificação e na erradicação de situações de vulnerabilidade. A redução de danos procura oferecer, tal como prevê a Organização das Nações Unidas (ONU, 2000; RODRIGUES, 2003) estratégias que fortaleçam estilos de vida que sejam promotores de saúde, enfraquecendo os prejudiciais, por meio de uma combinação de programas comunitários, econômicos, educacionais e organizacionais.

A Política de Redução de Danos atua no sentido de oferecer orientações sobre as práticas sexuais que são arriscadas ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis e, nesse sentido, essas práticas se articulam com as questões da sexualidade humana, sendo possível pensar na proposta de Redução de Danos como um conjunto de ações que também objetivam tratar e prevenir os danos causados por práticas sexuais não seguras sejam essas práticas exercidas por usuários de drogas, profissionais do sexo ou outras pessoas vulneráveis.

A Política de Redução de Danos enfatiza sua preocupação com a relação existente entre a sexualidade e o risco, que levanta uma discussão entre o perigo, a doença e a culpa envolvidos nas práticas e um silêncio entorno da relação entre sexualidade e prazer. Pensar essas práticas como constituinte da vida do sujeito, como algo que precisa ser prevenido e não apenas eliminado, implica pensar a sexualidade humana como um conceito complexo, multideterminado, sendo parte da expressão da personalidade, que envolve a relação de pessoas em um contexto social (MAIA, 2001; 2010).

A proposta da Política de Redução de Danos não é proibir ou punir o comportamento de risco, mas sim aceitá-lo, de uma forma segura, minimizando riscos e possibilitando qualidade de vida de quem a exerce. Pensar a sexualidade das pessoas que possuem práticas sexuais de risco à luz da Política de Redução de Danos, nos parece um modo de respeitar o exercício autônomo da sexualidade individual e que a vulnerabilidade do sujeito é, antes de

tudo, social.

Acredita-se que os profissionais envolvidos nas intervenções de redução de danos devam estar despidos de preconceitos diante das pessoas que se encontram vulneráveis aos diversos comportamentos de risco pautando-se, em última instância, aos direitos humanos em que se respeitariam as diferenças culturais, sociais e históricas, independentemente de origem, sexo, cor da pele, credo, orientação sexual e faixa etária (SEED, 2008) e, também de seus comportamentos sexuais.

Diante disso, é possível dizer que a perspectiva da política de redução de danos se propõe a trabalhar a partir do conceito de alteridade, uma vez que se investe na pessoa e não no comportamento de risco que ela exerce, respeitando as várias escolhas por estilos de vida e a diversidade existente dentro de um contexto social amplo? É possível dizer que essa proposta seria adequada se entendermos, como diz Britzman (1999, p.89) que “a sexualidade não segue as regras da cultura, mesmo quando a cultura tenta domesticar a sexualidade”?

Acredita-se, por fim, que a política de redução de danos pode ser uma proposta favorável no oferecimento de subsídios que fundamentam a prática de aceitar o sujeito de acordo com as escolhas que ele fez e faz, dando-lhe a possibilidade de minimizar os riscos envolvidos nesta escolha, por valorizar a diversidade existente. E, nesse sentido, seria um modo de respeitar o outro pela sua história e pelas suas condições subjetivas e objetivas, evitando a discriminação e a estigmatização individual daqueles que rompem com um modelo de sexualidade controlado pelo discurso médico e patológico.

A política de redução de danos é algo recente e polêmico, que pretende minimizar a discriminação daqueles que são considerados vulneráveis visando diminuir as práticas que colocam sua vida e a de outros em risco. O psicólogo como profissional da saúde deveria estar bem informado e preparado para trabalhar em equipe multidisciplinar junto ao programa de Redução de Danos, mas qual seria sua opinião a respeito? Como psicólogos, de diferentes

abordagens teóricas, compreendem essa temática na sua prática profissional? Existem diferenças de compreensão da política entre psicólogos de atuação clínica em consultório particular e os que atuam no Centro de Atendimento Psicossocial?

Diante desse problema de pesquisa, este estudo teve o **objetivo de investigar a percepção de psicólogos de atuação clínica e de atuação no CAPS, de diferentes abordagens teóricas, sobre a política de redução de danos, a sua articulação com o tema da vulnerabilidade e da sexualidade humana referindo-se à atuação desses profissionais junto a essa política.**

2 MÉTODO

Esse é um estudo descritivo, de natureza qualitativa, que leva em consideração a apreensão e a interpretação de dados, visando à descrição e a decodificação de um conjunto complexo de significados. Segundo Gonzáles Rey (2002), a pesquisa qualitativa caracteriza-se pelo seu caráter dialógico, construindo e interpretando a realidade, o que se faz fundamental na construção de conhecimento das ciências humanas, principalmente na psicologia, que desenvolve o conhecimento considerando a subjetividade do sujeito e seu enredo social, aonde sua experiência acontece.

Participantes

Foram colaboradores dessa pesquisa quatorze psicólogos do Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP/8º região), homens e mulheres, com idades variando de 23 a 55 anos. Sete participantes que atuam com psicologia clínica, necessariamente em consultório particular e sete participantes que atuam em Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. As abordagens teóricas de atuação dos participantes foram a Análise do Comportamento, Cognitivo-Comportamental, Gestalterapia, Terapia Sistêmica, Terapia Neo-Reichiana, Psicologia Humanista e Psicanálise. A Tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes.

Participantes	Sexo	Idade	Abordagem teórica	Principal área de atuação
P1	Feminino	23 anos	Gestalterapia	Clínica e Escola
P2	Feminino	23 anos	Psicologia Humanista	Clínica e CRAS
P3	Feminino	23 anos	Psicanálise	Clínica e CREAS
P4	Feminino	24 anos	Análise do Comportamento	CAPS, Clínica e APAE
P5	Feminino	24 anos	Análise do Comportamento	CAPS e Clínica
P6	Feminino	24 anos	Psicanálise	CAPS e CREAS
P7	Feminino	33 anos	Psicologia Humanista	CAPS
P8	Feminino	25 anos	Cognitivo Comportamental	CAPS
P9	Masculino	25 anos	Psicanálise	CAPS e CREAS
P10	Feminino	26 anos	Psicanálise	CAPS e Clínica
P11	Masculino	27 anos	Análise do Comportamento	Clínica
P12	Feminino	28 anos	Neoreichiana	Clínica
P13	Feminino	48 anos	Terapia Sistêmica	Clínica e SUS
P14	Masculino	55 anos	Cognitiva Comportamental	Clínica

Tabela 1. Caracterização dos participantes.

Material

O instrumento principal para coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada. Este tipo de instrumento, de acordo com Minayo (1999), constitui uma situação de interação, a qual a palavra é o símbolo de comunicação por excelência, sendo os discursos influenciados na relação entre entrevistado e entrevistador. Além disso, a entrevista semi-estruturada combina um roteiro de questões, abertas e fechadas, que possibilita ao entrevistado liberdade para falar sobre o assunto. Este modo alternado de direcionar a entrevista se faz possível porque partindo do tema inicial proposto pelo entrevistador, o entrevistado começa a associar livremente outros temas, que condizem com sua experiência e com os objetivos da entrevista, o que propicia um rico material de análise (TURATO, 2003).

O roteiro da entrevista foi construído previamente e testado em sua funcionalidade em duas situações piloto, que abriram a possibilidade de compreensão se os temas estavam atingindo o objetivo do estudo. A partir do piloto algumas modificações foram realizadas no

roteiro, tais como a inserção de uma questão sobre qual o entendimento do participante a respeito do conceito de sexualidade humana e como entendia a relação entre sexualidade e redução de danos.

A versão final da entrevista continha os seguintes temas: (1) Política de Redução de Danos, a fim de conhecer o que o entrevistado conhece sobre a política; (2) Avaliação da Proposta de Redução de Danos, a fim de analisar como o entrevistado avalia a proposta; (3) Relação da Política de Redução de Danos, a fim de compreender se o entrevistado percebe a relação da política de redução de danos com tema da sexualidade e vulnerabilidade e (4) A Atuação Profissional e a Redução de Danos, objetivando comparar a percepção do psicólogo clínico e do psicólogo do CAPS sobre suas atuações profissionais e a política de redução de danos.

Além disso, ao final da entrevista foi utilizada uma lista de palavras, também como coleta de dados, em que o entrevistado deveria relacionar outra palavra àquele tema. O objetivo era levantar possíveis representações pessoais do participante sobre determinados temas relacionados à pesquisa. Um modelo da versão final do roteiro de questões da entrevista e do levantamento de palavras, encontra-se no APÊNDICE 1.

Procedimentos

Procedimentos Éticos

Os participantes da pesquisa foram contatados e convidados a ouvirem a explicação sobre os objetivos da pesquisa, bem como os procedimentos de desenvolvimento da mesma. Aos participantes que concordaram em participar, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que se encontra no APÊNDICE 2, elaborado segundo a resolução nº 2048/00 que revogou a resolução 196/96 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos do

Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, para que tenha sido firmado o consentimento do participante à entrevista.

Ressalta-se que a realização dessa pesquisa dependia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sendo que o projeto foi encaminhado para avaliação, registrado sob o protocolo de número 003968 e recebeu parecer favorável do Conselho, como consta no ANEXO 1. De modo que, as entrevistas só foram realizadas com os participantes que estavam de acordo e assinaram o termo de consentimento, após terem sido esclarecidos sobre os objetivos e dirimidas as dúvidas referentes à pesquisa. Também foi esclarecido aos participantes que todo o material utilizado na pesquisa é sigiloso e se encontra sobre a responsabilidade do pesquisador e a divulgação dos dados obtidos, parcial ou integralmente, será realizada de modo acadêmico, isto é, por meio de publicações diversas em seminários, eventos, simpósios, congressos, revistas e periódicos, garantindo-se o anonimato do participante.

Procedimento de Coleta e Análise dos Dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. A seleção dos participantes para as entrevistas foi realizada em dois momentos diferentes da pesquisa, de formas também diferentes, mas utilizando os mesmos instrumentos para coleta dos dados.

A primeira parte da coleta de dados foi realizada com sete psicólogos, sendo estes todos psicólogos clínicos, com a principal atuação em consultório particular. A seleção se deu através de amostra não probabilística, denominada amostra por conveniência, a qual o pesquisador selecionou membros da população mais acessíveis, devido ao fato de que a pesquisa foi realizada em uma cidade do interior, localizada no sudoeste do Paraná, local onde a presença de psicólogos clínicos não é muito elevada. Fez-se, então, um levantamento de

todos os psicólogos clínicos da cidade, através de lista telefônica. Como a quantidade de psicólogos para a amostra não foi suficiente foi realizado um levantamento dos psicólogos clínicos de outra cidade próxima, também através de lista telefônica.

Após isso, o pesquisador entrou em contato por telefone com os psicólogos, a fim de verificar a disponibilidade de realizar a entrevista. Neste contato inicial, somente era esclarecido ao possível participante que a pesquisadora é aluna de mestrado e que sua pesquisa envolvia entrevistas com psicólogos e o tema a ser discutido era sobre política pública. Neste primeiro contato, não era esclarecido que o tema da pesquisa envolvia a Política de Redução de Danos, porque poderia influenciar na participação ou não do psicólogo na entrevista.

Foram realizados 11 contatos com psicólogos clínicos, destes apenas 7 se colocaram a disposição para a realização da entrevista. No momento em que o psicólogo aceitava ser participante da pesquisa eram agendadas data, local e horário adequados para participante e entrevistadora. Em todos os casos as entrevistas foram realizadas no consultório particular dos participantes. Estas tiveram duração mínima de 23 minutos e máxima de 74 minutos.

O critério de inclusão dos participantes na amostra, neste primeiro momento, era necessariamente exercer a psicologia clínica como principal atividade, independentemente se exercia ou não outro tipo de trabalho secundário. Não havia critério de exclusão pré-estabelecido.

A segunda parte da coleta de dados foi realizada com psicólogos, os quais a principal atividade era atuação nos Centros de Atendimento Psicossocial – CAPS – local onde os serviços de redução de danos devem ser implantados e exercidos conjuntamente com as ações do CAPS, segundo a Política de Saúde Mental, baseado nos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Foram feito contato com sete psicólogos e todos aceitaram participar. Assim foram entrevistados cinco psicólogos de cinco CAPS pertencentes à região sudoeste do Paraná e mais dois psicólogos de dois CAPS pertencentes à região norte do Paraná, visto que na região sudoeste, local onde a pesquisa foi realizada, não havia CAPS suficientes que completassem a amostra necessária. Os sete psicólogos que compuseram a amostra final de participantes e que atuavam em CAPS, residiam em cidades do interior da região norte e da região sudoeste do Paraná e nenhuma cidade possuía mais que 100 mil habitantes, de acordo com dados do último censo do IBGE (IBGE, 2010).

Essa seleção também foi realizada por meio de amostra não probabilística, denominada “amostra por conveniência”, uma vez que a presença de CAPS na região era escassa. Uma lista com todos os dados dos CAPS em funcionamento no Estado do Paraná foi encontrada na internet, por meio de uma busca no site do Ministério da Saúde (www.ccs.saude.gov.br). Através dessa lista, a pesquisadora entrou em contato, pelo telefone, com os psicólogos que atuavam nos CAPS, a fim de verificar a disponibilidade deles para entrevista.

Do mesmo modo como foi realizada na primeira parte da coleta, neste contato inicial, somente foi esclarecido ao possível participante que a pesquisadora era aluna de mestrado e que sua pesquisa envolvia entrevistas com psicólogos que atuavam em Centro de Atendimento Psicossocial e o tema a ser discutido era sobre uma política pública que pertencia às políticas do Ministério da Saúde voltadas para a população atendida no CAPS. Também não foi, neste contato, esclarecido que o tema da pesquisa envolvia a política de Redução de Danos, porque poderia influenciar na participação ou não do psicólogo na entrevista.

Foram agendados dia, hora e local adequados para participante e entrevistadora. Todas as entrevistas foram realizadas no próprio Centro de Atenção Psicossocial, na sala onde o

psicólogo realizava seu atendimento individual. Estas tiveram duração mínima de 18 minutos e máxima de 80 minutos. Nesta segunda parte, o critério de inclusão era necessariamente trabalhar em um Centro de Atenção Psicossocial, independentemente se essa era ou não sua principal atividade profissional. Aqui também não havia critérios de exclusão pré-estabelecidos.

Em todos os casos, na primeira e na segunda parte da coleta de dados, os participantes foram entrevistados em uma sala reservada, em geral no local de trabalho dos psicólogos, livre de ruídos sonoros e interferências. A pesquisadora guiava-se pelas questões do roteiro, incluindo questões, quando fosse necessário, ao aprofundamento do tema e do relato. Após o término da entrevista, a pesquisadora apresentava uma lista, com uma série de palavras que foram separadas em blocos temáticos e apresentadas uma a uma aos entrevistados para que estes associassem uma palavra ao fenômeno citado. Por exemplo: perguntava-se ao entrevistado a primeira palavra que lhe vinha à mente diante do tema: AIDS, DROGAS, SEXUALIDADE etc. e anotavam-se as respostas.

O método para tratamento e análise dos dados colhidos foi a análise do conteúdo para os dois instrumentos de coleta, a qual entende que o texto é um meio de expressão do sujeito, em que o analista busca categorizar as palavras ou frases que se repetem, inferindo uma expressão que seja possível de representá-las. Segundo Bardin (2002), a análise de conteúdo baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias.

Dessa maneira, as entrevistas foram transcritas na íntegra e a partir da análise dos textos transcritos, construiu-se, por relevância teórica categorias de análise. A Tabela 2 mostra a descrição das categorias de análise elaboradas.

Categoria	Descrição
Conceito e Avaliação de Redução de Danos	Agrupa os relatos que explicam ou não a compreensão do entrevistado sobre o conceito de RD e esta é ou não eficiente.
Sexualidade e Redução de Danos	Agrupa os relatos dos participantes que explicitam a compreensão sobre sexualidade e sua possível articulação com RD.
Comparação entre a visão do Psicólogo Clínico e do Psicólogo do CAPS sobre Redução de Danos	Agrupa os relatos dos participantes comparando a compreensão que psicólogos clínicos e os psicólogos do CAPS possuem sobre a política de redução de danos.

Tabela 2 Descrição das categorias elaboradas para análise

Essas categorias foram analisadas por diversos referenciais teóricos à luz de literatura recente sobre os assuntos, de acordo com os temas propostos para o roteiro de entrevista. O primeiro tema diz respeito ao conhecimento da política de redução de danos e foi analisado como o entrevistado conhece a política e se seus conhecimentos estão de acordo com os princípios que regem a proposta de RD. O segundo tema diz respeito à avaliação da proposta de redução de danos pelo entrevistado e esta avaliação foi analisada considerando como o entrevistado entende a eficácia da política. Estes dois temas foram agrupados e analisados juntamente, dentro de uma mesma categoria de análise, a primeira descrita no quadro acima.

Para entendê-las, analisá-las e discuti-las, procurou-se os princípios que fundamentam a proposta, em sua eficiência e validade. Buscaram-se autores da área da saúde, que discutem a proposta de redução de danos, baseados em conceitos de saúde pública e no campo da saúde coletiva, que compreendem a política e a avaliam. Também foram analisados os documentos do Ministério da Saúde e da Organização das Nações Unidas, que regularizam a proposta de redução de danos como uma política de saúde pública no país.

O terceiro tema diz respeito à compreensão do entrevistado se existe ou não relação entre a política de redução de danos, a sexualidade humana e a vulnerabilidade social. Para construir uma articulação entre estes fenômenos, buscaram-se autores que conceituam sexualidade e vulnerabilidade e, também, os que conceituam a proposta de redução de danos, buscando uma aproximação entre estes temas a fim de discutir como a política de redução de danos poderia ser útil para favorecer o exercício autônomo da sexualidade. Este tema foi analisado dentro da segunda categoria de análise descrita no quadro.

O quarto tema proposto pretende compreender se há diferenças sobre a percepção da política de redução de danos entre os psicólogos clínicos, que atuam em consultório particular e os que atuam no CAPS, por meio do Sistema Único de Saúde, a fim de comparar a posição frente à redução de danos dos psicólogos de duas categorias de atuação diferentes. Aqui se tem a influência da abordagem teórica que utiliza e o que ele entende ser a abordagem ideal para o público alvo da RD. Para isso, foram pesquisadas publicações do SUS, principalmente a “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas”, textos que falam sobre a atuação de psicólogos em consultórios particulares, atuação no Sistema Único de Saúde, atuação nas diferentes abordagens teóricas e artigos que relatam experiências do trabalho de psicólogos com redução de danos.

Depois de realizada a análise das categorias que discutiram os temas propostos nas questões da entrevista, foi construída uma análise da lista de palavras que apresentam a representação que os participantes da pesquisa possuem sobre fenômenos relacionados à sexualidade, vulnerabilidade e desenvolvimento humano. Esta análise buscou literatura recente referente aos fenômenos apresentados, na intenção de subsidiar a compreensão dos participantes a respeito dos fenômenos e como estes influenciam na formação do entendimento que cada participante possui sobre redução de danos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Conceito e Avaliação Sobre a Política de Redução de Danos

O primeiro tema se refere ao conhecimento do participante a respeito da política de redução de danos. Os resultados obtidos aqui apontam que dos 14 psicólogos entrevistados na primeira e na segunda parte da pesquisa, três psicólogos afirmaram que conhecem a política integralmente, nove psicólogos relataram conhecerem a política superficialmente e dois psicólogos afirmaram não conhecerem esta política.

Algumas diferenças no nível de conhecimento sobre a política de redução de danos existem entre os dois públicos entrevistados. Seis dos psicólogos que trabalham em consultório particular afirmaram conhecerem superficialmente a política de redução de danos enquanto que entre os psicólogos que atuam no CAPS, três afirmaram conhecerem totalmente a política de redução de danos e quatro superficialmente o que sugere que o conhecimento sobre a política, pelo menos de sua existência ser maior entre os psicólogos que atuam nos CAPS.

O segundo tema aponta as questões relacionadas à avaliação do programa de redução de danos. Os resultados obtidos aqui demonstram que dos 14 psicólogos entrevistados, seis concordaram integralmente com a proposta da redução de danos; sete concordavam com alguns princípios da política, mas discordavam em outros e um psicólogo discordava totalmente da RD.

Aqui também houve diferenças entre as duas categorias de atuação dos psicólogos entrevistados. Dos psicólogos que atuavam em consultório particular um afirmou concordar integralmente com a política e outros seis afirmaram concordarem em alguns momentos e em outros não com a proposta de redução de danos. Dos psicólogos que atuavam no CAPS cinco afirmaram concordarem integralmente com a política, um afirmou concordar em partes com a redução de danos e um afirmou não concordar com a política. Os dados sugerem que os

psicólogos que atuavam no CAPS relatam uma concepção mais favorável sobre a política de redução de danos que os psicólogos clínicos, talvez até mesmo por desconhecerem tal proposta e isso dificultar sua avaliação sobre ela.

A falta de informação é a melhor premissa que exemplifica esta categoria de análise, uma vez que na análise dos relatos dos 14 psicólogos, a maioria dos participantes afirmou conhecer a política de redução de danos superficialmente, sem clareza de seus conceitos e princípios, relatando não saberem se poderiam contribuir muito com a pesquisa, por conta de não conhecerem efetivamente o que seria a redução de danos. Alguns profissionais psicólogos, tanto os de atuação em consultório particular, quanto os que atuam diretamente no CAPS, contaram que conheciam “pouco essa proposta”, afirmando que possuíam conhecimentos superficiais e não aprofundados sobre a temática:

“ouvi falar muito pouco, é... não sei ao certo quais são seus objetivos, ou propriamente o que faz” (P1 Clínica);

“então eu conheço superficialmente, de ouvir falar e discutir brevemente com colegas da graduação” (P2 Clínica);

“conheço sim, embora meu contato com essa proposta seja superficial” (P1 Caps).

Apenas três psicólogos, que atuam no CAPS, afirmam conhecer efetivamente a política:

“de um modo geral sim... tenho conhecimento” (P2 Caps);

“sim, eu conheço sim essa política” (P5 Caps).

Dois profissionais psicólogos reconhecem que nunca ouviram falar sobre a política de redução de danos e que a desconhecem totalmente:

“Não, eu não conheço” (P4 Clínica);

“olha eu não conheço não... Não conheço a proposta, apenas... o que ouvi falar foi que é uma proposta para o serviço único de saúde que dá suporte para profissionais do sexo e indivíduos que fazem abuso de drogas, mas eu nem sei como exatamente ela faz isso” (P7Clínica).

A compreensão a respeito do que é redução de danos e qual exatamente é seu conceito, possibilita aos indivíduos entenderem como se configura esta política no cenário brasileiro e quais seus principais princípios e definições, podendo com isso avaliar sua aplicabilidade e possível eficácia. A falta de compreensão apresentada pela maioria dos participantes a respeito do conceito de redução de danos foi demonstrada pela recorrente afirmativa que faltam informações e esclarecimentos a respeito do que se trata ser a política de redução de danos, adotada pelo Ministério da Saúde como parte integrante do modelo de atenção a usuários de álcool e/ou outras drogas:

“divulga mesmo, divulga... porque sinceramente eu ouço muita reportagem, leio, mas nunca ouvi nada a respeito disso” (P4Clínica).

Até mesmo quem afirma conhecer a política, no relato de suas falas durante a entrevista, aponta que não há divulgação da política e que ainda faltam esclarecimentos. Essa carência de esclarecimento ocorre até mesmo entre aqueles que deveriam trabalhar com a RD nos centros de atendimento psicossocial:

“então aqui eu vejo uma falha da própria formação... eu sei que já se falava em redução de danos, quando eu tava no curso, mas olhe... um assunto, assim... atual e até polêmico né, vc deve saber melhor que eu, que é polêmico e que não foi discutido muito, nem aprofundado”
(P2Caps).

Mesmo partindo de “*conhecimento superficial*” ou do entendimento de que não se conhece a política, as afirmações sobre tal política foram diversificadas, tanto entre os psicólogos que atuam em consultório particular como aqueles que trabalham no CAPS. De modo muito particular, cada entrevistado demonstrou possuir um tipo de entendimento a respeito do que conheciam ou supunham ser a proposta de redução de danos, argumentando sobre o que possivelmente se configuraria tal proposta e qual poderia ser sua aplicação prática na sociedade.

Podemos, então, afirmar que os relatos evidenciam que os profissionais psicólogos entrevistados, que têm o papel de promoverem saúde mental, desconhecem o que, hoje, é a principal política atual recomendada pelo Ministério da Saúde a indivíduos que se encontram em vulnerabilidade social, público amplamente ascendente e presente em consultórios de psicólogos, seja no atendimento público ou particular e em outras áreas da saúde.

Delbon, et al (2006) apontam que a redução de danos é a construção de um modelo de prevenção que possui êxito por ser um modelo de tratamento e prevenção democrático, mas que o saber sobre a redução de danos deve circular entre os profissionais da saúde, os usuários dos serviços e a comunidade como um todo. Saber este ainda incipiente no Brasil, que dificulta o debate até mesmo dentro da Rede Brasileira de Redução de Danos – REDUC – afirma Edward MacRae, vice-presidente da Associação. “Não temos ainda um

posicionamento sobre detalhes específicos referentes a essa prática, mas somos claramente favoráveis ao tratamento” (MACRAE; GORGULHO, 2002, p. 4).

A maioria dos psicólogos entrevistados não possuía conhecimento prévio sobre a política de redução de danos e foram esclarecidos na ocasião da entrevista pela pesquisadora para em seguida elaborarem suas opiniões e discursos sobre a proposta.

Para um dos entrevistados que atua em clínica particular a opinião foi a de que a aplicação metodológica mais eficaz da RD seria voltada apenas ao público que se prostitui e que corre risco de contágio de doenças sexualmente transmissíveis e não aos usuários de drogas:

“a proposta é interessante né, se a gente pega e coloca dentro de um outro público, por exemplo, a questão da AIDS, acredito que é mais viável” (P3 Clínica).

Para outro entrevistado informou uma opinião mais clara a respeito do que é sua compreensão da política de redução de danos, afirmando que entende a política como uma ação, que não resolve a problemática, mas que ao menos ameniza, que está sendo feito algo, realizado algum tipo de intervenção:

“é melhor você fazer alguma coisa do que fazer nada em nome de uma política idealista que um dia vai surgir” (P5 Clínica).

Outros entrevistados afirmaram que a política é interessante, acreditam que ela pode dar certo, mas que precisa ser mais bem divulgada, que faltam informações e discussões nas

academias que possibilitem a formação de uma opinião a respeito do que é a política e de sua eficiência e aplicação. Exemplos:

“precisamos ser melhor informados, entender melhor o que é a proposta” (P3 Caps);

“É uma estratégia que se bem elaborada, bem trabalhada, dentro de um contexto da saúde coletiva, e até individual brasileira, pode ser eficaz... mas eu ainda acho que faltam discussões nas academias” (P4 Caps);

“Eu já ouvi falar sim, mas nunca li nada a respeito” (P3 Clínica).

Os participantes contaram que as informações obtidas sobre redução de danos que possuem foram adquiridas de maneira informal:

“Nas aulas mesmo, não tinha nada” (P4 Caps);

“Em nenhum momento ouvi falar, nem na graduação, nem na especialização” (P3 Clínica);

“Formalmente nunca ouvi nada, vim saber depois, por conta” (P2 Caps).

Apenas três participantes relataram ter obtido informações a respeito de redução de danos no seu curso de graduação, enquanto ainda cursavam a faculdade:

“eu ouvi falar pouco sobre isso, quando ainda estava na academia”
(P1 Clínica);

“eu ouvi falar dentro da faculdade” (P1 Caps);

“ah foi um assunto pouco discutido durante a graduação, que eu nem me lembro em que disciplina foi” (P4 Clínica).

Isso leva a idéia de que o Ministério da Saúde além de afirmar a conceituação e os princípios da política de redução de danos, promovendo e financiando suas estratégias e ações, necessita pensar em subsídios que divulguem a política e sua aplicação na sociedade, o que deveria ser feito em consonância com as Universidades, uma vez que esses os espaços de produção de conhecimento e de formação de opiniões favoráveis para pesquisas sobre os resultados da política bem como sua ampla discussão. Dessa maneira, entende-se que o Estado possui o dever de garantir o apoio à implementação, à divulgação e ao acompanhamento das iniciativas de redução de danos desenvolvidas por órgãos governamentais e não governamentais, que assegurem a publicação na sociedade como um todo, do que é redução de danos, onde ela é aplicada, por quem e qual seu público alvo.

A redução de danos é encarada como um projeto que representa um esforço para colocar em prática e consolidar as diretrizes do SUS, como acessibilidade, integralidade, equidade e aproximação dos usuários aos serviços de saúde e da rede socioassistencial, embora, para isso, seja necessário ser mais bem apoiado pelas instâncias de financiamento do SUS, como a própria política do Conselho Nacional Antidrogas recomenda: “promover estratégias de divulgação, elaboração de material educativo, sensibilização e discussão com a sociedade sobre a redução de danos por meio de trabalho com as diferentes mídias” (CONAD, 2005, p. 6).

É interessante destacar também que a compreensão de alguns entrevistados sobre o conceito de redução danos aponta a questão de direitos e do exercício da cidadania. Ao

afirmarem qual a idéia que possuem sobre RD, explicam que a política se faz importante por considerar a escolha dos indivíduos e o aspecto de cidadania que isso possibilita:

“Sabe eu acredito que a pessoas tem o direito de escolher o que querem para si, como querem viver a vida, como escolhem cada uma o que melhor deve fazer... e a proposta de redução de danos... eu vejo que possibilita a conscientização com relação aos riscos a saúde” (P6 Clínica);

“Não tem que ficar criando coisas, em cima de coisas se já tem outra aí, é só tratar como cidadão” (P3 Clínica).

“Ajudar melhor essa pessoa, que essa pessoa tenha uma melhor qualidade de vida, seja a forma que ele escolheu viver” (P6 Caps).

Essas falas remetem a idéia de que a política pode possibilitar o exercício maior de cidadania dos indivíduos que são público alvo da RD, isto é, vulneráveis socialmente. Pensar nessa questão de promoção de cidadania que a política possibilita, remete ao argumento de que essa política se constrói baseada na idéia de uma “clínica ampliada” (SOUZA, 2007, p. 83), modelo proposto pelo Ministério da Saúde (2009), que se faz diferente dos moldes de tratamento clínico apoiado no tradicional modelo médico.

A clínica ampliada é uma modalidade de atendimento mais ampla que a clínica tradicional, o que favorece para que o indivíduo se torne responsável pelos riscos os quais ele próprio se impõe. Isso porque este modelo de clínica coloca o indivíduo como ator do processo de minimização de seus riscos e conscientização de suas práticas, uma vez que esse modelo propõe ser uma ferramenta de articulação entre os três grandes enfoques no trabalho com a saúde: o biomédico, o social e o psicológico (BRASIL, 2009). Além disso, o Ministério

da Saúde (2009) também afirma que existe uma necessidade urgente de compartilhamento do indivíduo com seu projeto terapêutico, possibilitando a ele a autonomia em sua participação e sua adesão em diagnósticos e condutas de saúde singulares, que considera as especificidades de cada sujeito. Isso se explica pelo fato de que os indivíduos não se limitam aos sintomas das doenças de que são portadores. Muitas doenças e os problemas por ela acarretados, como a baixa adesão a tratamentos, os danos decorrentes de algumas práticas, os pacientes poliqueixosos e a própria dependência de alguns usuários dos serviços de saúde, entre muitos outros, comprovam a complexidade dos sujeitos que utilizam os serviços de saúde e os limites da prática clínica centrada apenas na doença e no seu tratamento, explica a cartilha sobre clínica ampliada editada pelo Ministério da Saúde (2009).

Pode-se pensar que a clínica ampliada objetive não somente entender o que o paciente possui de sintomas comuns a todas as doenças, mas sim procure entender como esta doença possui significado para ele e o que possui de singular em todo seu processo de saúde-doença. Desse modo, ela busca uma abordagem multiprofissional, na tentativa de um manejo eficaz na complexidade do trabalho em saúde, objetivo esse que pode estar articulado com os princípios da política de redução de danos, que se baseia no pragmatismo ideal, que considera o manejo das questões práticas do cotidiano do sujeito, preocupando-se com os danos causados por determinadas práticas e de que forma se encontram presentes na vida do sujeito (ABP; ABEAD, 2001). Segundo MacRae e Gorgulho (2002, p.2), a política de redução de danos é “baseada em uma abordagem isenta de moralismo e centrada num trabalho comunitário que, embora possa propor novos padrões e modos de uso, reconheça a importância da escala de valores do usuário e de seu saber sobre drogas”

Os principais eixos que fundamentam a clínica ampliada é a compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada dos diagnósticos; ampliação do objeto de

trabalho; a transformação dos instrumentos de trabalho; e suporte para os profissionais da saúde (BRASIL, 2009).

Estes eixos estão intrinsecamente articulados com os princípios que regem a política de redução de danos. A compreensão ampliada do processo saúde-doença busca compreender o processo de acordo com suas várias influências sociais, econômicas, culturais, étnicas, não privilegiando um conhecimento específico. O que vai ao encontro de um dos pressupostos da RD expostos pela Política Nacional Antidrogas, em que afirma que é necessário orientar e estabelecer intervenções e ações de redução de danos, que considere o bem-estar individual e comunitário e as suas diferentes singularidades, como as características locais, o contexto de vulnerabilidade e o risco social de cada sujeito (CONAD, 2005).

A construção compartilhada do diagnóstico é outro ponto que converge com a política de redução de danos, já que esta também possibilita a participação do sujeito nas escolhas por seu tratamento, buscando encontrá-lo onde ele estiver, na tentativa de formar alianças entre as pessoas que recebem e as que ofertam os serviços de redução de danos, pelo entendimento de que a efetividade do programa é maior quando se tem a colaboração de todas as pessoas diretamente envolvidas e afetadas (ABP; ABEAD, 2001).

A política de redução de danos também propõe a ampliação do objeto de trabalho, pois não se ocupa apenas dos danos decorrentes de práticas de risco, mas de todo contexto social que envolve esta prática, promovendo estratégias e ações voltadas para além da saúde pública, mas que atinjam a esfera dos direitos humanos (CONAD, 2005).

A clínica ampliada transforma seus instrumentos de trabalho, diferenciando da clínica tradicional, no momento em que qualifica a escuta do outro, ampliando sua capacidade de lidar com determinadas condutas, de lidar com expressão de problemas sociais e subjetivos, de lidar com a família e com a comunidade. Aspectos altamente presentes na política de redução de danos, que afirma atuar sobre os danos das práticas de risco, não questionando o

certo ou errado, nem emitindo juízos de valores frente aos comportamentos dos sujeitos por ela assistidos (ABP; ABEAD, 2001).

No que diz respeito ao suporte para os profissionais de saúde exposto pela clínica ampliada, a própria política nacional antidrogas afirma que é preciso “garantir, promover e destinar recursos para o treinamento, a capacitação e a supervisão técnica de trabalhadores e profissionais para atuarem em atividades de redução de danos” (CONAD, 2005, p. 6).

Talvez essas sejam as principais articulações existentes entre a clínica ampliada e a política de redução de danos dentro do contexto da saúde coletiva. Além disso, a clínica ampliada, de acordo com o Ministério da Saúde (2004), baseia-se em um compromisso ético com o paciente de que ele será visto de maneira singular, equilibrando o combate à doença com a produção e qualidade de vida. Portanto, é um trabalho que considera o sujeito, a doença, a família e o contexto em que está inserido, tendo por finalidade produzir saúde e possibilitar maior autonomia ao sujeito, para isso, utiliza como ações de trabalho a intersetorialidade, elaboração de vínculo com os usuários do serviço e desenvolvimento de projeto terapêutico de acordo com cada caso singular (BRASIL, 2006).

A proposta de clínica ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores da saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. Este desafio de lidar com os Sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico é tanto mais importante quanto mais longo for o seguimento e quanto maior for a necessidade de participação do Sujeito no projeto terapêutico (BRASIL, 2006, p. 4).

Assim, a redução de danos passa a ser encarada como um método clínico-político que se encontra inserido dentro da perspectiva da clínica ampliada, uma vez que resgata o indivíduo em situação de vulnerabilidade social, dando-lhe um papel autoregulador, que o incentiva a uma mobilização social, de que independe se suas práticas são ou não de risco, é um sujeito possuidor de direitos e deveres (DELBON et al, 2006).

De acordo com Souza (2007, p. 83), “a clínica ampliada inclui o paciente como um sujeito ativo na relação clínica, nesse sentido, a cura deixa de ser uma meta a ser alcançada e é substituída pela co-responsabilidade nos processos de produção de saúde”. Isso aumenta a possibilidade de reconhecimento da cidadania dos indivíduos que se encontram marginalizados e excluídos por suas práticas, expandindo a promoção de saúde e a produção de sujeitos autônomos, respeitados em seu direito de cidadão, independentemente de suas escolhas.

Há entre os entrevistados aqueles que afirmam que a política de RD respeita a escolha de cada sujeito, eles acreditam, como defende a proposta, na idéia de que as práticas de saúde devem acolher qualquer cidadão, independentemente de sua prática ou sua posição social, e, além disso, esse acolhimento deve ser desprovido de julgamentos, considerando as singularidades de cada caso, com as diferenças e escolhas que são feitas, o que abre um espaço muito maior para o sujeito participe e se engaje nas ações de promoção de saúde e, conseqüente, melhora na qualidade de vida.

3.2 Sexualidade e Redução de Danos

O terceiro tema considera se o entrevistado percebe ou não uma articulação entre a proposta de redução de danos e a questão da sexualidade humana e da vulnerabilidade social. Neste ponto, todos os psicólogos entrevistados afirmaram reconhecer, de uma forma ou de outra, o envolvimento do tema da sexualidade e da vulnerabilidade com a questão da política de redução de danos. Aqui não houve diferenças entre os psicólogos que trabalham no CAPS e os que trabalham em consultório particular. Todavia, reconhecer uma relação não garantiu em nenhum caso, um discurso elaborado e fundamentado dos profissionais entrevistados sobre essa questão.

A compreensão integral sobre a política de redução de danos não ocorreu em nenhum dos psicólogos entrevistados nessa pesquisa; da mesma maneira também não encontramos uma noção aprofundada sobre a articulação entre a política de redução de danos e a questão da sexualidade e para metade deles essa relação nem existiria. A análise dos relatos dos participantes mostrou que entre eles houve uma idéia de sexualidade ainda encarada com certo receio e que o envolvimento dela com a política de redução de danos se encontra no campo da prevenção, do “sexo seguro”, do fato da possível orientação dada pelo programa de redução de danos evitar o contágio de doenças sexualmente transmissíveis. Exemplos:

“eu vejo uma relação preventiva” (P6 Clínica);

“no trabalho com a questão de se conscientizar a respeito dos riscos e das formas de se preservar, de cuidar” (P4 Caps);

“a idéia toda é ser uma paliativo né” (P3 Clínica);

“eu penso que através da redução de danos, podemos criar políticas públicas capazes de prevenir doenças, dar instruções né” (P7 Caps).

A concepção dos participantes a respeito da sexualidade humana talvez explique esse entendimento de que a redução de danos serve somente pra prevenir o contágio de doenças sexualmente transmissíveis, uma vez que a concepção de sexualidade apresentada pelos entrevistados aparece vinculada de modo estreito à questão biológica, como se sexualidade estivesse unicamente relacionada ao corpo, ao sexo e ao ato sexual:

“A sexualidade aqui tá aguçada, as pessoas estão começando muito cedo” (P5 Clínica);

“a sexualidade para mim envolve desde a relação e sentimentos do indivíduo sobre o próprio corpo, até o envolvimento deste com o outro” (P2 Caps).

Vários autores defendem que o conceito de sexualidade é amplo e envolve relações afetivas e sexuais, questões de gênero, valores sexuais a partir do contexto social e histórico (MAIA, 2001; CHAUI, 1985, BOZON, 2004). Além disso, mesmo que considerássemos a sexualidade e o corpo sexuado como próprio do campo biológico, autores como Butler (2003), Louro (2000), argumentam que a noção orgânica sobre o corpo também sofre influência do meio em que ele se manifesta sendo, portanto, um constructo social, que o retira da estática condição de um corpo, aqui regulado e materializado por normas sociais (BUTLER, 2008; LOURO, 2008)

Acreditamos que a redução de danos pauta-se no conceito de sexualidade que extrapola os aspectos preventivos contra o contágio de doenças sexualmente transmissíveis, promovendo uma discussão sobre o exercício autônomo da vida sexual, por compreender que as práticas sexuais de risco exercidas são constituintes do sujeito e fazem parte de sua construção histórica, de sua construção de valores, da forma como o sujeito lida com o próprio corpo, com seus próprios desejos e como foi influenciado pelo meio em que vive. A política de redução de danos considera que os atos sexuais possuem significados e sentidos subjetivos dos mais variados, em conformidade com o contexto cultural nos quais eles ocorrem.

Os princípios da política de redução de danos que afirmam que os indivíduos possuem o direito de exercer práticas sexuais de modo mais seguro e atrelado ao entendimento da produção de qualidade de vida. Possibilita a compreensão de que as condutas sexuais são consideradas pelo significado e experiência que elas possuem em diferentes espaços

históricos, sociais e culturais, responsáveis por construírem a organização social das interações sexuais, nos espaços nos quais elas ocorrem e na percepção das complexas relações entre significado e poder que constituem e até mesmo validam uma experiência sexual (PARKER, 1997).

Portanto, observa-se que a redução de danos compreende o comportamento sexual como intencional; o sujeito é alguém que exerce práticas de risco e deve possuir consciência sobre as conseqüências de estar expostos a determinados riscos. Entretanto, a intencionalidade de suas ações encontra-se relacionada entre os contextos específicos e estruturados de interações sociais e culturais. Dessa maneira, Parker (1997, p. 83) afirma “compreender o comportamento individual é menos importante do que compreender o contexto de interações sexuais – interações que são necessariamente sociais e que envolvem negociações complexas entre diferentes indivíduos”.

“Um beijo é sexualidade, um abraço é sexualidade, um carinho é sexualidade, de repente um olhar para muitas pessoas é sexualidade, então eu parto daquilo que me faz bem” (P6 Clínica).

Este relato indica como a percepção do que é sexualidade depende da natureza intersubjetiva dos próprios significados sexuais. LOURO (2000, p. 129) cita que a experiência subjetiva da vida sexual é compreendida, literalmente como um produto dos símbolos e significados intersubjetivos associados com a sexualidade, em diferentes espaços sociais e culturais.

Portanto, pode-se observar que a falta de conhecimento da própria política e de suas diretrizes, influencia diretamente no modo como os participantes compreendem a aplicabilidade da redução de danos e sua contribuição para a questão da sexualidade humana.

A sexualidade é um conceito constituinte do desenvolvimento humano que ultrapassa o âmbito biológico e se insere no contexto histórico social cultural em que ela é vivenciada e experimentada. Essa percepção da sexualidade ampla foi evidenciada no discurso de apenas um entrevistado que define sexualidade como:

“um mosaico amplo, de posicionamentos, de possibilidades, que o ser humano, pode exercer né, em suas relações afetivas, aí vai ao longo da vida... pra mim a sexualidade não se restringe somente ao ato sexual em si, pelo contrário, pra mim é a forma como o ser humano, ele acaba lidando com seu corpo, as emoções, os relacionamentos, tudo advindo dessa vivência mesmo né” (P5 Clínica).

Portanto, a sexualidade foi compreendida como uma ampla categoria de análise que considera além dos aspectos afetivos. Esses aspectos que dizem respeito às relações de poder e de gênero, os referenciais de classe, a diversidade, os conceitos de linguagem, corpo e cultura, os âmbitos históricos, sociais e culturais (SEED, 2008).

A política se direciona a qualquer público exposto a qualquer risco, de modo a contribuir para o desenvolvimento humano de qualquer indivíduo que esteja em situação de vulnerabilidade. Essa política possui a finalidade exclusiva de proporcionar qualidade de vida, de entender que as práticas de risco, podem ser vivenciadas, levando-se em conta a produção do bem-estar, de um desenvolvimento humano sadio, apoiado na qualidade de vida.

Neste contexto ressalta-se que houve dificuldade em articular uma relação entre a política de redução de danos e o desenvolvimento humano.

O relato “... *Ele é dono de seu corpo, pode fazer suas escolhas, mas que é preciso se cuidar, ter cuidado, respeitar o próprio corpo*”, indica que o entrevistado tem a percepção sobre a influência da redução de danos no desenvolvimento humano possibilitando a ele o esclarecimento de que ele tem autonomia sobre seu próprio corpo e que tem direito sobre suas escolhas. Essa orientação vai ao encontro de uma das principais diretrizes da política, a de “co-responsabilização” (SOUZA, 2007, p. 93). O autor afirma ser um processo de autonomização, que se constrói como um método de cuidado no qual os sujeitos possuem a possibilidade de criar condições de definirem suas próprias regras.

A RD não coloca a abstinência para evitar as práticas de risco, como a única meta a ser alcançada, seja no uso de drogas ou nas práticas sexuais. Essa política propõe que as regras, para as questões de tratamento ou de prevenção, não sejam definidas *a priori*, devem partir do diálogo com o próprio sujeito, bem como serem construídas na dimensão da vida cotidiana, de acordo com suas próprias escolhas (SOUZA, 2007).

Assim, às regras que são colocadas à sexualidade dos sujeitos, são flexíveis, como esclarece Foucault (1993),

Deve-se entender, com isso, práticas refletidas e voluntárias pelas quais os homens não apenas não determinam para si mesmos regras de conduta, como também buscam transformar-se, modificar-se em seu lugar singular, e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e corresponda a certos critérios e estilos (FOUCAULT, 1993, p.15).

Isso nos faz entender que a redução de danos abre um espaço de problematização da própria vida do sujeito, expondo-o a uma política cuja metodologia principal é a ênfase no cuidado de si, com a criação de regras facultativas, possibilitando o surgimento de sujeitos autônomos. Um participante relata que:

“eu acredito que as pessoas tem o direito de escolher o que querem para si, como querem viver a vida, como escolhem cada uma o que melhor deve fazer” (P7 Caps).

A responsabilidade pessoal pelos atos de risco é colocada no sujeito que tem a possibilidade de assumir o seu processo na produção de saúde e na qualidade de vida.

Outra questão relacionada a isso é que a política de redução de danos propõe essa responsabilização partindo do fato de não negar que nas práticas de risco, há sentimentos de prazer e situações reforçadoras. Assim, o prazer é uma variável que deve ser considerada na produção de regras autônomas, pois é a partir desse estado subjetivo – o prazer – que se resistirá às regras institucionalizadas e se produzirá a problematização da autonomia do cuidado de si, mesmo exercendo práticas de risco.

A RD é um método construído pelos próprios usuários de drogas e que restitui, na contemporaneidade, um cuidado de si subversivo às regras de conduta coercitivas. Os usuários de drogas são co-responsáveis pela produção de saúde à medida que tomam para si a tarefa de cuidado. Reduzir danos é, portanto, ampliar as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo (SOUZA, 2007, p. 97).

Esse método utilizado pela política de redução de danos vincula a questão do desenvolvimento humano, uma vez que possibilita aos sujeitos a reflexão sobre suas práticas, a importância que elas exercem na constituição da subjetividade de cada um e na construção histórico social deste sujeito. Isso leva a uma conduta que esteja aliada aos seus valores, impondo como imperativo comum a defesa da vida e da saúde. Além disso, a contribuição da redução de danos no desenvolvimento humano se dá pela própria articulação com o tema da sexualidade, já que promove o exercício de uma sexualidade autônoma, fator importante na constituição de um desenvolvimento humano sadio.

Podemos também generalizar essa discussão, pensando em outras práticas da sexualidade humana que exigem auto regras e a capacidade de auto reflexão e escolhas,

conscientes quando pensamos em relacionamentos em que não há o respeito pelo outro (a), relacionamentos que envolvem situações de violência física e simbólica, situações de abortamento ou , ainda, negligência nos cuidados e na proteção da prole.

Além disso, pensar o tema da sexualidade humana articulado com as temáticas a que se destina a política de redução de danos implica em pensar na questão da transversalidade, que é uma das diretrizes da atual Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a qual afirma que os fatores de risco e fatores de proteção estão presentes na vida cotidiana e que necessitam sofrer influências no âmbito da transversalidade (BRASIL, 2003). Essa diretriz é uma proposta fundamental que objetiva fortalecer o sistema de saúde, por ampliar a comunicação entre os diferentes saberes e práticas que atravessam o campo da saúde.

Pode-se perceber que o surgimento da redução de danos, no campo das práticas sexuais de risco que levavam ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a AIDS, inevitavelmente incorporou o tema das drogas, que até então não era uma preocupação prioritária. Do mesmo modo, quando o tema drogas, migrou para o campo da saúde mental, levou incorporado a si o tema da AIDS, que ainda não era questão preocupante das políticas de saúde mental (SOUZA, 2007). Desta maneira, pode-se compreender mais uma das possíveis articulações existentes entre a questão da sexualidade e da redução de danos, sem deixar de lado a questão da vulnerabilidade, acoplada nas duas temáticas.

Um participante ilustra essa transversalidade discutida acima:

“não consigo ver muito na prática com a questão da dependência química, ainda mais com drogas injetáveis, mas usando essa

metodologia pra um outro contexto, acredito que é aplicável” (P3 Clínica).

E Souza (2007), explica:

O método clínico da RD ofereceu uma importante indicação de como operar de modo transversal. As ações de prevenção às DST/AIDS se encontravam, neste método, atreladas a um processo contínuo de atenção às pessoas usuárias de drogas, de tal modo que se tornou difícil distinguir uma ação da outra. O que pôde ser observado, nesse caso, foi que, ao integrar esses diferentes problemas (AIDS e drogas), a RD produziu uma transversalização entre diferentes especialidades de atenção em saúde (SOUZA, 2007).

Foi com o surgimento da redução de danos que estes campos se misturaram, pois a proposta criou-se como uma interface entre a saúde mental e saúde sexual (às DST/AIDS), reconhecendo que os problemas que envolviam a AIDS e as drogas eram atravessados por uma série de outras questões. Souza (2007, p. 87) relata que a RD “busca modos concretos de inserir os usuários de drogas, travestis e profissionais do sexo em diferentes instituições de saúde, combatendo estigmas que os excluem dos diferentes serviços de atenção”.

3.3 Comparação entre a Visão do Psicólogo Clínico e do Psicólogo do CAPS Sobre Redução de Danos

O quarto tema compara a compreensão do psicólogo que atua no CAPS e o que atua com psicologia clínica em consultório particular, no que tange a questão da prática profissional e da redução de danos. Todos os psicólogos entrevistados afirmaram que a redução de danos contribuiria com sua prática profissional, não apresentando diferença significativa entre as categorias de atuação.

A análise dos relatos evidenciou que não houve diferenças marcantes entre os psicólogos de atuação em consultório particular e os psicólogos de atuação no CAPS nessa questão. A concepção sobre a política de redução de danos e a atuação do psicólogo nessa proposta, esteve relacionada ao conhecimento do profissional a respeito de quais são os princípios que fundamentam essa proposta e não do local de trabalho, o tipo de trabalho que exercem ou a população que atendem

Evidenciamos que a grande dificuldade não está no aceite ou não da política como uma estratégia para o trato com a questão das práticas de risco, mas sim no próprio conhecimento dela, como afirmaram os próprios participantes:

“eu acho que depende se o terapeuta aceita ou não a redução de danos” (P5 Caps);

“quando eu comecei a trabalhar aqui as coisas já eram assim não é que somos contra, é que não se discute, eu vejo isso nos grandes centros, mas aqui trabalhamos do jeito tradicional mesmo” (P3 Caps).

Uma lacuna aberta pelo próprio Ministério da Saúde que afirma a atual Política de Saúde Mental, baseada na proposta da Reforma Psiquiátrica¹, que preconiza a atual Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, assume como um desafio a atuação conjunta entre o Centro de Atenção Psicossocial, o Serviço de Redução de Danos, o Programa de Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde. Isso seria um desafio: a consolidação da ampliação de uma rede de atenção de base comunitária, capaz de atender não

¹A reforma psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e econômico, que pretende modificar o sistema de tratamento clínico da doença mental, eliminando gradualmente a internação como forma de exclusão social. Tem como uma das principais vertentes a desinstitucionalização com conseqüente desconstrução de manicômio e dos paradigmas que o sustentam (GONÇALVES;SENA, 2001).

somente doenças orgânicas, bem como o sofrimento psíquico, considerando o contexto social, histórico, cultural de cada sujeito (SOUZA et al, 2007).

A relação existente entre o CAPS e o Serviço de Redução de Danos apóia-se na proposta de que tanto um quanto o outro pertencem ao novo modelo de assistência psicossocial, surgido na tentativa de superar o modelo asilar. Neste sentido, o diálogo e a cooperação entre o CAPS e a Redução de Danos deveriam ser permanentes, nascido de uma discussão de um problema que atualmente é considerado como o maior problema de saúde pública, com o objetivo de criar novos dispositivos e novas formas de abordar o problema das drogas e suas práticas de risco (SOUZA et al, 2007).

Embora esta não seja uma realidade existente, pelo menos entre as pequenas cidades do interior do Paraná, onde a pesquisa foi realizada, os relatos dos participantes evidenciam:

“Olha ainda não chegou pra gente esta política não, pelo menos não como algo obrigatório” (P1 Caps);

“Aqui no CAPS essa proposta deveria ser bem aplicada, mas não é, a gente não recebe nenhuma ordem da secretaria da saúde, nem aqui da cidade, nem do estado, afirmando, ou falando como é essa política, ou que a gente precisa se adequar a isso, aqui não se tem isso, eu conheço por conhecer, mas não que isso faz parte do meu trabalho, o que eu penso é que deveria ser né, já que é do ministério da saúde” (P4 Caps);

“Aqui a abordagem é de abstinência mesmo, a política toda do nosso CAPS é neste sentido... nem conversamos sobre redução de danos aqui” (P5Caps).

Somente um participante da pesquisa relatou ter atendido em seu trabalho no CAPS um usuário de cocaína que passou por serviços de redução de danos no Programa de Saúde da Família de sua comunidade e, então, pode atuar de acordo com os princípios que regem a política da RD o que, segundo ela, foi algo favorável. Ela afirma:

“eu acho que foi muito importante no sentido de lhe dar informações sobre os riscos a saúde e sua vida né... porque assim, eu vejo que muitos demoram pra perceber o quanto a drogas os destrói em seus aspectos social, emocional né, não só no aspecto físico né... e o programa os ajuda a enxergar seu problema de modo diferenciado, de um outro olhar que não é da proibição, isso acaba aproximando o usuário da saúde... no meu caso, mobilizou os pacientes a terem mais amor próprio, aumentar a auto-estima, terem noções de saúde mental, o que eu acho muito válido, porque isso geralmente está muito perdido no usuário, e é muito difícil de ser resgatado... talvez a RD tenha esse papel importante né... de resgate, de reaproximação”... (P7 Caps).

Este relato aponta as importantes ações da política de redução de danos que deveriam ser amplamente concretizadas nos programas propostos pelo Ministério da Saúde à comunidade. A redução de danos, com suas estratégias de acesso a população e suas ofertas de insumos para redução de riscos, promove uma busca de conhecimento e de contato com a realidade dos sujeitos, promovendo intervenções que partam de suas escolhas, de suas possibilidades concretas de mudanças de hábitos (SILVA et al, 2009). O que demonstra a experiência da participante a respeito do que a RD lhe trouxe de efetivo em sua atuação

profissional. Evidentemente novas pesquisas avaliando de fato os resultados de quem trabalha com a proposta de RD no atendimento de usuários de drogas ou outras situações vulneráveis e de risco poderiam ajudar a confirmar ou não se essa metodologia de atendimento é de fato eficaz, como acreditamos ser.

A redução de danos também é encarada como um facilitador entre os serviços de saúde e os usuários que dele possuem demandas, como aponta SILVA et al:

Este projeto é um esforço para consolidar as diretrizes do Sistema Único de Saúde, como acessibilidade, integralidade, equidade e aproximação dos usuários aos serviços de saúde e da rede socioassistencial. Com essa experiência de implantação das estratégias da redução de danos, tem sido possível alcançar populações vulneráveis e, com a oferta de cuidados, contribuir para aproximação desses usuários aos seus direitos como cidadãos (SILVA et al, 2009, p. 103).

Este fato é evidenciado na fala de um participante no momento em que ele explica como percebe a contribuição da RD em sua atuação profissional:

“eu acredito que ajudaria sim, já que se configura como uma estratégia que poderia suscitar muitas questões e discussões no atendimento clínico com diversos pacientes... e também seria uma forma de se abordar ou trazer à tona algumas questões que o paciente/cliente estivesse negando ou com dificuldades para expressar, como a questão da exposição aos riscos, entre outros né”
(P2 Clínica).

A falta de desenvolvimento de ações de redução de danos em situações concretas, como a população atendida nos CAPS também é outro ponto que deve ser ressaltado. Brites (1999) assinala que as ações concretas de redução de danos que poderiam ser desenvolvidas

juntamente com o CAPS, se diferem da promessa ideal dos serviços de saúde, mas se aproximam do público alvo, pelo fato de ser uma proposta de baixa exigência. Na maioria das vezes, a população acessada pelos programas de redução de danos encontra-se desacreditada com as imposições sociais repetidas pelas instituições de saúde, que não possuem condições de serem cumpridas, como a total abstinência, por exemplo. Essas imposições têm feito com que a população se afaste dos serviços de saúde, não recebendo qualquer assistência, pela grande exigência dos tratamentos que não aceitam alternativas à abstinência. Uma solução para isso seria então a redução de danos junto ao CAPS, local que poderia acolher este público, com uma proposta de tratamento de baixa exigência, acordada com o paciente, a fim de diminuir os danos de suas práticas e consequentemente mantê-lo próximo a rede de assistência (BRITES, 1999). O relato de uma participante demonstra esse princípio da política:

“na maioria das vezes, a gente empurra pro paciente o que a gente acha certo, sei lá um modelo de tratamento, um remédio, um médico, um terapeuta, sem nem sequer saber, ou perguntar o que realmente este paciente quer” (P3 Caps).

A articulação entre o CAPS e a redução de danos também é consolidada pelo próprio Relatório Mundial de Saúde de 2001, no momento em que ressalta que cinco das dez recomendações básicas para as ações na área da Saúde Mental/Álcool e Drogas estão voltadas para intervenções na comunidade. São elas: promover cuidados comunitários; educar a população; envolver comunidades, famílias e usuários; atuar de forma integrada com outros setores; monitorizar a saúde mental da comunidade (BRASIL, 2001).

É possível notar que há uma lacuna no trabalho concreto na relação falha entre o CAPS e os Serviços de Redução de Danos. Lacuna que poderia ser sanada com uma integração efetiva entre os serviços, atuando de forma conjunta, embora tenha sido verificado pelo presente estudo, que as atuações acontecem, em muitos casos, de forma independente e desconexa.

3.4 Representações Sobre Questões Relacionadas à Sexualidade, ao Uso de Drogas e à Vulnerabilidade: Análise da lista de palavras

As palavras relacionadas aos fenômenos estudados foram agrupadas e são apresentadas na tabela 3 abaixo.

Fenômeno estudado	Palavras relacionadas citadas pelos participantes
Adolescência	“Fase conflitiva”, “transição” (2x), “juventude”, “rebeldia”, “descoberta”, “adrenalina”, “turbilhão”, “desenvolvimento”, “transformação”, “fase” (2x), “mudanças”, “formação”.
Juventude	“Fase dourada do ser humano”, “aceitação”, “inexperiente”, “melhor possibilidade de crescimento”, “liberdade” (2x), “inquietação”, “beleza”, “energia” (2x), “futuro”, “esperança” (2x), “luta”.
Cigarro/fumo	“Insegurança”, “social”, “câncer”, “incômodo”, “fuga”, “nojento”, “alívio imediato”, “desabafo”, “aparência”, “poluição”, “horrível”, “ansiedade”, “vício”, “prejuízo”.
Álcool/bebida	“Decadência”, “droga” (2x), “às vezes”, “dependência”, “diversão-doença”, “festas”, “desorganização”, “alcoolismo”, “alteração”, “cultural”, “vício”, “fuga”, “risco”.
Maconha, cocaína, LSD, crack	“Destruição de vida”, “dissolução familiar”, “droga” (3x), “direito de escolha porém prejudicial”, “dependência”, “falta”, “aventuras”, “vício”, “fuga”, “dispensáveis”, “dependências”, “perda”.
Vício	“São muitos o ser humano é predisposto a desenvolver e fazer uso de algum, comer, estudar, se drogar, comprar, se auto-destruir, amor compulsivamente”; “fraqueza”, “dependência”, “todos temos”, “fuga”, “doença”, “falta”, “perda”, “insegurança”,

	“prisão”, “perigo”, “tratamento”, “entregar-se”, “problema”.
AIDS	“Preservativos”, “pânico”, “cuidado”, “terrível”, “descuido”, “crônica”, “sofrimento”, “dor”, “negação”, “perigo”, “problema”, “medo”, “doença”, “complicação”.
DST	“Inconstância de afetividade”, “troca de parceiros”, “incredulidade”, “preservativo”, “evitáveis”, “vulnerabilidade”, “doença”, “prevenção”, “inconseqüências”, “desrespeito”, “asco”, “medo”, “evitáveis” (2x), “camisinha”.
Comportamento de risco	“Agressão ao meio social”, “negligência”, “arriscar-se”, “sexo sem proteção”, “perigo”, “irresponsabilidade”, “inconseqüência”, “irresponsabilidade”, “negação”, “depreciação”, “inconseqüente”, “perigo”, “consciência”, “conseqüências”.
Desenvolvimento humano	“Fator importante para existência”, “humanidade”, “aprendizado”, “essencial”, “necessidade”, “melhoria na qualidade de vida em todos os aspectos”, “particularidade”, “vida”, “conhecimento”, “crescimento”, “natural”, “importante”, “transformação”, “objetivo”.
Remédios	“Ajuda as doenças sofridas pelas pessoas”, “drogas necessárias”, “droga” (3x), “química”, “evitáveis”, “doença”, “ponderação”, “proteção”, “descobertas”, “abuso da vida moderna”, “necessários”, “doença”, “cautela”.
Prevenção	“Método fundamental”, “necessidade”, “cuidado” (2x), “sempre”, “necessidade”, “atos conscientes e responsáveis”, “cuidado com a vida”, “cuidado”, “solução”, “cuidado”, “importante”, “ótimo”, “dever”.
Psicologia	“É importantíssima, onde existe entendimento para que fins ela se desenvolve”, “prazer”, “ciência”, “vida”, “equilíbrio”, “possibilidade”, “amor” (2x), “conhecimento”, “comportamento”, “compreensão”, “ciência” (2x), “opção”.
Sexo	“Cada pessoa desenvolve a sua maneira de acordo com seus valores e princípios”, “muito bom”, “prazer” (4x), “adoro”, “contato”, “delicioso”, “busca mútua de prazer pleno”, “supervalorizado”, “gostoso”, “instinto”, “saúde”.
Sexualidade	“Não respondeu,” “holística”, “perceber-se”, “constituente ao humano”, “virtude”, “complexa”, “plenitude de sentidos”, “essencial”, “escolha”, “desejo”, “complexa”, “importante”, “Freud”, “crescimento”.
Prazer	“Busca de todo ser humano, mas às vezes essa busca é sem conscientização”, “necessário”, “bom”, “essencialmente”, “vida”, “fazer o que gosta”, “o que nos move”, “necessidade”, “libido”, “viver”, “gozo”, “lazer”, “bem estar”, “busca”.

Gays/ lésbicas	“Fatores genéticos e má resolução parental”, “pessoa”, “sexualidade”, “e daí”? “Cada um ama como se sente bem”, “opção” (3x), “opção associada a outros fatores que determinam uma preferência”, “encontro”, “liberdade”, “amor” (2x), “escolha”, “igualdade”, “opção”, “respeito”, “direito”.
Prostituição	“Sendo com prevenção a escolha é de cada um”, “profissão”, “promiscuidade”, “uma dor”, “risco”, “opção”, “necessidade”, “exploração ou uma falta”, “depende das associações possíveis com ela”, “escolha”, “racionalização”, “vulnerabilidade”, “não condeno às vezes é o sustento de uma casa”, “necessidade”, “dinheiro”, “falta de perspectiva”.
Vulnerabilidade	“O ser humano é vulnerável, não somos perfeitos, erramos, acertamos, discordamos enfim, tentamos fazer o certo”, “socialmente disseminada”, “risco”, “a ser reduzida”, “condição”, “situação de risco”, “exposição”, “exclusão”, “riscos”, “desigualdade social”, “humana”, “miséria”, “falta”, “informação”.

Tabela 3. Descrição das palavras citadas pelos participantes relacionadas às palavras indicadas pela pesquisadora.

Ao usar palavras, na linguagem oral ou escrita, os homens expressam o valor simbólico contido em cada uma delas, explicitando seus pensamentos, como compreendem esta ou aquela situação, que opinião formulam, que expectativa desenvolvem e assim por diante. Essas mensagens, mediadas pela linguagem, fazem parte de uma construção social e se encontram ancoradas no âmbito da situação real e concreta dos sujeitos que a expressam (FRANCO, 2004). A isso chamamos de representações sociais, que são os elementos simbólicos que os homens expressam mediante o uso de palavras e gestos. É uma organização de conhecimentos com atividade psíquica, a qual o sujeito consegue tornar a realidade física e social em inteligível, inserindo-se em um grupo ou numa ligação de trocas simbólicas, ocorridas no cotidiano de cada um (HOENISCH, 2004).

A Teoria das Representações Sociais foi desenvolvida por Serge Moscovici e aprofundada por Denise Jodelet. Operacionaliza um conceito que pretende trabalhar com a dinâmica e a diversidade do pensamento social, acreditando que existem formas diferentes de

conhecer e de se comunicar, guiados por diferentes objetivos, o consensual e o científico, cada um gerando significações dentro de seu próprio universo (ARRUDA, 2002).

A idéia é de que as representações sociais poderiam ser “mistificadoras” (HOENISCH, 2004, p.26) da realidade, apresentando o fato de que os sujeitos não possuem acesso à realidade, somente a uma formação imaginária do real, que seriam as representações sociais. Portanto, estas refletem sobre como os indivíduos, os grupos, os sujeitos sociais, constroem seu conhecimento partindo de sua vivência social, cultural e histórica (ARRUDA, 2002). Ou seja, como os sujeitos e sociedade interagem para construir a realidade, por meio da linguagem, da comunicação.

A análise das palavras descritas pelos participantes referentes aos vários temas citados segue a teoria das representações sociais, que são conjuntos de explicações referentes a um determinado fenômeno, construídas pela interação social, considerando a coletividade, sem desconsiderar a individualidade presente em cada conceito.

Dentro desse contexto, pode-se comentar que a **adolescência e juventude** foram questões lembradas pelos participantes como um período de transição mais relacionado aos aspectos sociais e psicológicos do que os orgânicos. Há nesses casos uma visão positiva (beleza, liberdade, aceitação, transformação) e também negativa (rebeldia, conflito, inquietação, turbilhão). Essa concepção reflete o que alguns autores chamam de síndrome natural da adolescência (ABERASTURY; KNOBEL, 1981), uma fase normal do desenvolvimento humano, caracterizado como naturais a rebeldia, desequilíbrios e instabilidades, lutos e crises de identidade, instabilidade de afetos, busca de si mesmo, tendência grupal, necessidade de fantasiar, crises religiosas, flutuações de humor e contradições sucessivas.

O **desenvolvimento humano** foi relacionado à existência, à humanidade, a algo que melhoraria a qualidade de vida e às questões de conhecimento, sem aparecer concepções

naturalistas ou ambientalistas de sua explicação. Esta visão remete a concepção de que o desenvolvimento humano refere-se às condições de vida, aos sistemas sociais, históricos e culturais, ao ambiente físico e de pessoas que compõem o espaço no qual estão inseridos os protagonistas, indivíduo-ambiente, em desenvolvimento (DESSEN; COSTA JR, 2005).

No caso de **drogas** lícitas como cigarro e álcool e ilícitas como LSD, maconha cocaína e crack as questões psicológicas foram citadas como “insegurança”, “incômodo”, “fuga”, “alívio”, “dependência”, mas também houve referência a questão orgânica como doença, “câncer” e a questão social, “diversão e festas”, “dissolução familiar”, “aventuras”. Aliado a isso, o **vício** aparece como uma fraqueza humana que faz a pessoa viver em dependência de várias coisas, incluindo as drogas, mas também outros comportamentos compulsivos, como comer, estudar, comprar, amar etc. Os conceitos relatados remetem aos aspectos negativos e aos danos causados pelas drogas e a sua dependência, apontando a fragilidade do ser humano frente ao fenômeno drogas. Refere ao modo como o ser humano tem buscado, ao longo do tempo, aumentar a sensação de prazer, em uma tentativa de fuga para seu sofrimento tal como afirmam os autores Martins; Correa (2004).

Nesta mesma ótica, o uso de remédios também foi considerado como uma droga, porém indicado como necessária, de maneira ponderada, poderia ajudar no tratamento de doenças.

As doenças citadas, como a **AIDS e DST**, relacionadas à vida sexual foram remetidas à prevenção, “preservativo”, “cuidado”, mas, sobretudo a algo ruim e temeroso que leva a doença, “pânico”, “terrível”, “sofrimento”, “incredulidade”, “doença”, “medo”. A culpabilidade também aparece: “descuido”, “evitável”. Isso demonstra, de certa forma, como essas doenças ainda são encaradas por uma ótica preconceituosa, como se o contágio fosse algo que interrompesse o andamento natural do desenvolvimento humano e não fosse possível conviver com elas. Aponta a falta de enfrentamento no trato com as doenças e como pode ser

possível a perspectiva de uma vida com qualidade das pessoas soropositivas ou contagiadas com doenças sexualmente transmissíveis. Na mesma direção, o **comportamento de risco** foi relacionado à culpabilidade pessoal, “negligência”, “perigo”, “irresponsabilidade”, “inconseqüência” e ainda isso afetando não só o sujeito, mas uma agressão “ao meio social”.

A **prevenção** foi relacionada como algo necessário e de importância constante, pelo cuidado da vida, mas também foi colocada como uma questão individual e não sendo relacionada às políticas públicas ou aos importantes processos educativos. Isso remete ao fato da falta da inserção do psicólogo nos processos preventivos e na elucidação da importância da prevenção em qualquer âmbito.

Sexo foi relacionado a algo prazeroso e bom que reflete questões pessoais. A **Sexualidade** foi definida como algo mais amplo “holístico”, “próprio do ser humano”, “complexo”, mas em nenhum dos dois conceitos se priorizou aspectos orgânicos e genitais para a prática sexual e aspectos culturais e históricas para a sexualidade socialmente construída. A orientação afetivo-sexual homoerótica **gays e lésbicas** foi relacionada a fatores genéticos e problemas familiares, a uma opção e preferência e a um respeito pela condição da outra pessoa. Aqui se compreende como a sexualidade e suas nuances (sexo, orientação afetivo-sexual), ainda são determinadas quase que exclusivamente por fatores orgânicos, que não consideram a construção sócio-histórica implicada nelas. O **prazer** foi colocado como algo desejado em todo ser humano, “necessário” e “bom”.

A **prostituição** foi relacionada tanto a um comportamento desaprovado socialmente, “promiscuidade”, “dor”, “risco”, como uma opção e um trabalho, “escolha”, “profissão”, “necessidade”, apresentando o fato de que pode ser escolha por uma necessidade, pela sobrevivência, embora seja um comportamento reprovado socialmente. Autores como Carvalho (2000), Guimarães (2005), Moraes (1995) falam da representação social depreciativa que tem a prostituição na nossa cultura.

A **psicologia** aparece como uma “ciência” ressaltando os aspectos positivos dela decorrente, mas também questões que extrapolam os fundamentos das ciências psicológicas, como “prazer”, “amor”, mais uma questão pessoal da pessoa que eventualmente exerce a psicologia do que da ciência em si. Não aparece a inserção da psicologia como ciência no trato com a saúde mental, o que é curioso, especialmente considerando os participantes que atuam no Caps.

A **vulnerabilidade**, por fim, foi relacionada como um fenômeno que explicita a fragilidade humana, “não somos perfeitos”, mas também como uma condição de risco e exposição ao risco. Também não se percebeu uma compreensão mais crítica de que a vulnerabilidade é social e não algo pessoal. As questões referentes à vulnerabilidade somente expõe como o sujeito individual é passível de estar vulnerável, mas não apresenta como as situações sociais criam situações de vulnerabilidade social.

Todas as palavras relacionadas aos fenômenos citados contribuem para a construção de como os psicólogos entrevistados compreendem a realidade a qual estes fenômenos estão inseridos e como interferem no modo como eles olham para cada situação quando estão diante deles. Não se pretende generalizar os dados, nem analisá-los individualmente, no entanto, podemos dizer que as palavras citadas pelos entrevistados indicam as representações sociais que cada um possui sobre cada fenômeno, o que ajuda compreender, de maneira geral, o modo como lidam na sua atuação no que refere à política de redução de danos e à sexualidade, uma vez que as representações sociais correspondem às formas de conhecimento.

Como exemplo, podemos considerar o fenômeno da sexualidade, em que em nenhum momento foi citada como uma construção social, sendo conceituada como algo amplo, porém mais relacionada aos seus aspectos orgânicos, físicos. Relacionada a isso, foi possível compreender na análise das entrevistas que os psicólogos participantes não conseguiram elaborar uma relação entre a política de redução de danos e a questão da sexualidade.

Entendemos que essa relação somente torna-se possível no momento que se compreende que a sexualidade não é apenas sexo e sim todo um constructo social no qual o sujeito se manifesta composto pela subjetividade e o desenvolvimento humano de cada sujeito.

4 CONCLUSÃO

Pensar a Psicologia é pensar na experiência humana, na subjetividade enquanto processo resultado de uma construção, de um desenvolvimento efeito de múltiplas forças sociais, econômicas, ideológicas, científicas, políticas, culturais e psicológicas. Pensar a atuação de psicólogos no cotidiano de suas práticas é refletir uma experiência humana, carregada de um (re)pensar sobre si mesmo, sobre a própria profissão e as nuances que dela fazem parte. A proposta de conclusão deste trabalho remete a isso. O repensar da percepção de como os psicólogos de atuação em consultório particular e em Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) compreendem a política de redução de danos, uma política ainda recente e controversa.

O discurso muitas vezes “omisso” ou “superficial” sobre o que sabem e pensam sobre a política de Redução de Danos, evidenciado na maioria dos psicólogos entrevistados revela como a atuação da psicologia ainda é incipiente na área das políticas públicas relacionadas ao programa de redução de danos, seja esse exercido no espaço público ou privado. Essa fragilidade profissional foi evidenciada até mesmo entre os profissionais que ocupavam um papel de protagonista nessa proposta por atuarem diretamente na questão das políticas públicas direcionadas ao campo da saúde mental e por terem papéis fundamentais no trabalho com sujeitos que se encontram em vulnerabilidade social.

Pelos próprios relatos dos entrevistados podemos argumentar que grande parte dessa falta de inserção da psicologia no campo da redução de danos se encontra na precária formação acadêmica e continuada desses profissionais, em que raras foram as vezes que ouviram ou participaram de uma discussão referente ao tema nos momentos de formação. Acreditamos que a formação do psicólogo é deficitária no que concerne a área da saúde pública, das políticas de atenção e aos modelos de assistência e isso se deve porque a Universidade, em geral, não tem preparado os psicólogos para o trabalho na saúde pública,

principalmente quando se fala no complexo conceito de saúde utilizado pelo Sistema Único de Saúde.

Esse conceito traz implicado uma perspectiva de saúde mais ampla que vai além da idéia de “ausência da doença”, o que amplia para um bem estar relacionado à coletividade, de uma concepção não individualizada do adoecer. Esta também é a concepção de saúde que rege os princípios da política de redução de danos que possui relevância no aspecto da prevenção e da educação para saúde. Proporciona às pessoas que se encontram em situação de risco, uma forma de reduzir os danos, promovendo uma inserção social, a qual gradativamente mostre a ela outros valores, ainda distantes de sua realidade. É uma proposta ainda em construção que precisa ser conhecida, colocada em prática e avaliada em seus resultados.

A partir da análise dos relatos obtidos nas entrevistas, coadunada com as teorias referentes aos temas investigados, é possível concluir que a inserção do psicólogo no trabalho com a política de redução de danos necessita de uma urgente reflexão, sobretudo porque a redução de danos é parte integrante das políticas públicas do Sistema Único de Saúde, realizada em conformidade com a Política da Reforma Psiquiátrica, no Centro de Atendimento Psicossocial, propostas do Ministério da Saúde e que os profissionais da saúde, como os psicólogos deveriam conhecer.

Mesmo entre os profissionais que atuavam diretamente na saúde pública, no caso dos Caps, registramos o pouco conhecimento sobre os princípios da política de redução de danos imbricados aos princípios e diretrizes do SUS. Por isso, a ampliação da discussão em todos os níveis voltada a esta categoria profissional seria relevante no trabalho em geral e nas unidades de saúde, preparando esses profissionais para atuarem, se assim o desejarem, segundo o modelo de redução de danos, a partir de ações e apropriações necessárias que

orientem as diretrizes desta proposta nos espaços públicos, como o CAPS, ou nos espaços privados, como os consultórios particulares.

Toda e qualquer formação oferecida pelas Universidades, principalmente no caso da Psicologia que atua diretamente com o ser humano e suas relações subjetivas, deveria se preocupar em oferecer, em construir o conhecimento e a crítica ao modo como a sociedade encontra-se organizada, diagnosticando e aprimorando os fatores que contribuem para a igualdade dos direitos entre os cidadãos e lhes proporcionem melhoria em sua qualidade de vida. Ou seja, é necessário que cada área, dentro do âmbito de sua formação, construa saberes que possuam compromissos sociais e fomentem mudanças, visando o bem estar da sociedade.

Dentro dessa perspectiva, é necessário que a formação de psicólogo esteja atenta para o fenômeno da vulnerabilidade social e tenha acesso e participação nas políticas públicas, uma vez que são nestes espaços que a psicologia é convocada a atuar, seja no trabalho público ou privado, seja nas unidades de saúde ou nos consultórios particulares. É dever de a Universidade abrir a sua construção de saber aos problemas da sociedade e se pautar sensíveis a ele.

O foco, neste caso, seria a questão das drogas que se encontra atualmente como a grande problemática da saúde pública. O programa de redução de danos é um dos modelos no trato com essa questão, sendo proposto e incentivado pelo Ministério da Saúde atualmente. Logo, é dever do psicólogo conhecer e refletir sobre essa proposta como uma possibilidade de atuação profissional.

Neste trabalho a partir dos relatos dos psicólogos, pretendemos discutir o saber e o fazer do psicólogo referente ao programa de redução de danos e a guisa de conclusão podemos dizer que esse saber e fazer deve acompanhar as transformações e exigências da sociedade do mundo contemporânea, buscando o aperfeiçoamento e a atualização dos modos de pensar e de tratar as questões atuais, as quais são chamados a elaborar. Na sua atuação

profissional, o psicólogo deve construir um espaço político, de participação efetiva, para o reconhecimento do trabalho da psicologia no contexto social. Uma construção que deve experimentar outros modos de fazer, de pensar, de sentir, à medida que se dá a convivência com os sujeitos, o caminhar pela vida dos que se encontra em conflitos, em exposição aos danos. Para explicitar essa questão, retomo uma citação de Kastrup que diz:

A prática profissional não pode fazer com que se perca a condição de aprendiz. A formação e a aplicação não são dois momentos sucessivos, mas devem coexistir sempre. Resta, a todo aquele que se encontra preocupado com a Psicologia, atuar como um aprendiz-artista, mantendo, em sua prática diária, a tensão permanente entre problematização e ação (KASTRUP, 1999, p. 204).

Ou seja, a formação profissional pode não ter tido espaço para discussões sobre saúde e políticas públicas, quando esses conteúdos poderiam ser discutidos relacionados ao desenvolvimento humano nas grades curriculares, nos conteúdos das disciplinas, nos estágios, nas atividades de extensão e pesquisa. No entanto, a prática profissional coloca o profissional diante de desafios constantes que demandam estudo e formação continuada. No caso da política de Redução de danos especificamente, foco deste trabalho, toda a equipe precisaria de atualização constante para o trabalho. Os próprios programas de redução de danos, a partir de sua implementação proposta pelo Ministério da Saúde, deveriam abranger treinamentos e orientações visando a constante atualização da equipe de trabalho e de profissionais adjacentes. Além disso, acreditamos que debate deve ser abrangente, por isso, é necessário promover campanhas de divulgação que se esforcem para tornar público a toda sociedade o que é redução de danos, quais suas principais ações, as diretrizes e princípios que orientam e fundamentam o seu trabalho visando sua reflexão, sua discussão e sua experimentação consciente.

A leitura da proposta de RD indica ser ela um modelo de atenção promulgado pelo Sistema Único de Saúde em defesa do bem estar e da qualidade de vida dos indivíduos e da

coletividade, estabelecendo um acolhimento humanizado em qualquer nível de assistência. Todavia, reconhecemos ser esse um grande desafio, o que constatamos também nos relatos dos psicólogos sobre as dificuldades da inclusão de ações efetivas de redução de danos nos serviços de saúde, sejam eles em espaços públicos ou privados, garantindo o acesso e o atendimento a estes usuários.

O primeiro desafio seria o despreparo profissional dos psicólogos para lidarem com a questão da redução de danos; o segundo desafio é que essa proposta deve ser colocada em prática por profissionais que não acreditam somente no manejo proibicionista e na abstinência como a única forma de atendimento às pessoas que apresentam comportamentos de risco. Outro desafio seria o próprio Ministério da Saúde abrir campos de parcerias com outros programas de políticas públicas referentes à saúde mental, a fim de abrir maiores espaços para a inserção da política de redução de danos, como a formação especial nesta área para as equipes do Programa de Saúde da Família, do Centro de Atendimento Psicossocial e Centro de Atendimento Psicossocial-Álcool e Drogas, os Serviços Especializados em HIV/AIDS e a rede básica de atenção, incluindo hospitais gerais que possuem alas psiquiátricas.

Dentro dessa interface, a principal tarefa do programa de redução de danos seria garantir as parcerias entre instituições de nível municipal, estadual e federal, fomentando a ideologia da proposta e apontando como suas ações possibilitam resultados positivos no campo da redução de danos e dos prejuízos de pessoas que apresentam vulnerabilidade social. Demonstrar à sociedade como a proposta está atrelada às idéias de autonomia, que discutem preconceito, promoção de cidadania, auto-organização e protagonismo dos sujeitos que apresentam comportamentos de risco, buscando seus direitos e seus deveres e a sua plena inserção na sociedade.

No que tange a questão da articulação entre a redução de danos e a sexualidade pode-se concluir que há uma inserção incipiente dos psicólogos em relacionar e articular o

fenômeno da sexualidade como algo social à vulnerabilidade que é foco da atuação da proposta de RD. Acreditamos que a redução de danos pode proporcionar o exercício de uma sexualidade autônoma por parte de quem apresenta comportamento de risco uma vez que para se compreender como as ações de redução de danos podem intervir na vida do sujeito é necessário compreender como essas ações se constituem, como elas são pensadas e a partir de quais fundamentos que a justificam.

Aqui seria necessário, por parte dos psicólogos entrevistados, uma relativização dos seus saberes, indicando um questionamento frente às generalizações construídas na formação acadêmica frente a uma nova maneira de lidar com a questão das drogas e dos comportamentos de risco. Um exemplo marcante foi como percebem o desenvolvimento humano, à maneira dos clássicos manuais, onde se encontram as prescrições adequadas para cada idade. Estar aberto as flexibilizações que podem explicar a ocorrência de um fenômeno é algo fundamental ao trabalho do psicólogo e o mesmo se refere ao engajamento dos sujeitos aos comportamentos de risco.

É imprescindível reconhecer que o conhecimento, construído na formação, não consegue se ocupar de toda a complexidade que a sociedade contemporânea nos coloca. Existe a necessidade, sempre vigente, da atualização do saber, da formação continuada, na busca de uma construção inacabada do conhecimento, necessário para que o trabalho do psicólogo se efetue com sucesso. É preciso a ousadia de se abrir a novas formas de lidar com o real, novas posturas de trabalho com o ser humano a partir dos desafios sociais. É a isso que as políticas públicas, como a proposta de Redução de Danos, convocam diariamente os psicólogos que dela fazem parte, a tarefa de pensar e repensar o coletivo e as ações da saúde a ele destinadas dentro do tecido social do qual fazemos parte. É a busca de um trabalho sério e comprometido com a qualidade de vida dos sujeitos, deixando de lado nossos próprios valores

e julgamentos, reconhecendo na alteridade e na diversidade social existente a possibilidade do exercício da cidadania e da autonomia.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência Normal**, Porto Alegre: Artes Médicas: 1981.
- ABUHAB, D.; SANTOS, A.B.A.P.; MESSENERG, C.B.; ARANHA E SILVA, A.L.; O Trabalho em Equipe Multiprofissional no Caps III: Um Desafio, **Rev. Gaucha Enferm**, Porto Alegre (RS), dez. 26(3): 369-80, 2005.
- ALMEIDA, C.B. Conceito de Redução de Danos: Uma Apreciação Crítica, **Boletim da Saúde**, v.17, n.1, 2003.
- ALVES, V.S. Modelos de Atenção À Saúde de Usuários de Álcool e Outras Drogas: Discursos Políticos, Saberes e Práticas, **Cadernos de Saúde Pública**, 25 (11), Rio de Janeiro, 2009.
- ALTMANN, H.; Orientação sexual em uma escola: recortes de corpos e gêneros. **Cadernos Pagu**, 21, 281-315, 2003.
- AYRES, J. R.C.M.; **Sobre o Risco - Para Compreender a Epidemiologia**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- AYRES, J.R.; FRANÇA-JUNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALLETI FILHO, H. C.; O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: Novas Perspectivas e Desafios. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- ANDRADE, M.T. **Política de Proibição às Drogas: Solução ou Problema?** Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas: São Paulo, 2003.
- ANDREOLI, S.B.; RONCHETTI, S.S.; MIRANDA, A.L.P.; BEZERRA, C.R.M.; MAGALHÃES, C.C.P.B.; MARTIN, D.; PINTO, R.M.F. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial na Cidade de Santos, São Paulo, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(3):836-844, mai/jun, 2004.
- AYRES, J. R.C.M.; **Sobre o Risco - Para Compreender a Epidemiologia**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- AYRES, J.R.; FRANÇA-JUNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALLETI FILHO, H. C.; O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: Novas Perspectivas e Desafios. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REDUTORAS E REDUTORES DE DANOS – ABORDA, **Redução de Danos no Cotidiano**, 2008. Disponível em www.aborda.com.br Acesso em 15 abr. 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (ABEAD); Redução de Danos: Posições da ABP e ABEAD, **Boletim ABEAD** nº 05, 2001.

ARRUDA, A. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero, **Cadernos de Pesquisa**, n.117, p. 127-147, nov. 2002.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**, Lisboa: Edições 70, 2002.

BAPTISTA, M. **Toxicomania: Uma Abordagem Multidisciplinar**, Rio de Janeiro, Nepad/UERJ, Sette Letras, 1997.

BAPTISTA, M.; CRUZ, M.S.; MATIAS, R. **Drogas e Pós Modernidade**, v.2, Rio de Janeiro: Edubj, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final III Conferência Nacional de Saúde Mental**, Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, **Diário Oficial da União**, 19 de fevereiro de 2002.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**, Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Perfil das Associações e Redes Brasileiras de Redução de Danos**. Programa Nacional de DST/AIDS, Brasília, 2003.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **HIV/Aids, Hepatites e Outras DST**, Cadernos de Atenção Básica nº 18, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Núcleo técnico da política nacional de humanização. **Clínica Ampliada: Equipe de Referência e o Projeto Terapêutico Singular**, 2º Ed. Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Redução de Danos**. Disponível em <http://www.aids.gov.br> Acesso em 15 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e Compartilhada**, Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRITES, C. M. **Ética e Uso de Drogas – Uma Contribuição da Ontologia Social para o Campo da Saúde Pública e da Redução de Danos**, Tese de Doutorado (Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

_____. **Uso de Droga Injetável e as Redes de Interação Social: Prazer e Cuidados com a Saúde, é possível?** Dissertação, Mestrado em Serviço Social, São Paulo: PUC-SP, 1999.

BRITZMAN, D. Curiosidade, sexualidade e currículo. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

BOZON, M. **Sociologia da Sexualidade**. (Maria de Lourdes Menezes, trad). Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BUTLER, J. **Cuerpos que importan-** sobre los limites materiales y discursivos Del sexo. 2ª Ed. Buenos Aires: Paidós, 2008.

CAMPOS, M.A.; SIQUEIRA, D.J.R.; BASTOS, F.I. Drogas e Redução de Danos: Abordagens Para Pessoas Vivendo com HIV e Aids. In: PINHEIRO, R.M.; SILVEIRA, C.; GUERRA, E. (org.) **Drogas e Aids – Prevenção e Tratamento**, Fundação do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

CANADIAN CENTER ON ABUSE – CCSA, Harm Reduction: Concepts and Practice, 1996. Disponível em <http://www.cssa.ca/docs/wgharm.htm> Acesso em 19 set. 2009.

CANADIAN HIV/AIDS LEGAL NETWORK, *Methadone maintenance treatment*, 2002. Disponível em <http://www.canadian-health-network.ca> Acesso em 22 dez. 2009.

CARDOSO, C.; SEMINOTTI, N. O Grupo Psicoterapêutico no Caps, **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, 775-783, 2006.

CARVALHO, S. A Atual Política Brasileira de Drogas. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, v.9, n34, abr/jun, 2001.

CARVALHO, S. B. **As virtudes do pecado: narrativas de mulheres a “fazer a vida no centro da cidade”**. Dissertação de Mestrado não-publicada. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 89p. 2000.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, **Prática profissionais dos(as) psicólogos(as) nos centros de atenção psicossocial**, Brasília: CFP, 2009.

CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS, CONAD, Política Nacional Sobre Drogas, **Diário Oficial da União**, 28 de outubro de 2005.

CHAUÍ, M. **Repressão sexual: essa nossa (des) conhecida**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

DELBON, F.; DA ROS, V.; FERREIRA, E.M.A. Avaliação da Disponibilização de Kits de Redução de Danos, **Rev. Saúde e Sociedade**, v.15, n1, p.37-48, 2006.

DESSEN, M.A.; COSTA JR. A.L. **A Ciência do Desenvolvimento Humano**, Porto Alegre: Artmed, 2005.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDCTION – EMCDDA, Relatório Anual Sobre a Evolução do Fenômeno da Droga na União Européia e na Noruega, 2003. <HTTP://ar2002.emcdda.eu.int/home-pt.html> Acesso em 10. out. 2009.

FEFFERMANN, M.; FIGUEIREDO, R. Redução de Danos Como Estratégia de Prevenção de Drogas Entre Jovens, **Boletim do Instituto de Saúde**, nº 40, São Paulo, Instituto de Saúde, 2006.

FERNANDEZ, O. Drogas e o (Des)Controle Social. In: PASSETTI, E.; SILVA, R.B.D. **Conversações Abolicionistas: Uma Crítica do Sistema Penal e da Sociedade Punitiva**, São Paulo: IBICICrim, 1997.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004.

FONSECA, E.M. **Políticas de Redução de Danos ao Uso Indevido de Drogas: O Contexto Internacional e Uma Análise Preliminar dos Programas Brasileiros**, Dissertação, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

_____.; BASTOS, I.F. Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: Comparando as Experiências America, Britânica e Brasileira. In: ACSELRAD, G. **Avessos do Prazer: Drogas, Aids e Direitos Humanos**, Ed. FioCruz, Rio de Janeiro, 2005.

_____, E.M.; NUNN, A.; SOUZA-JUNIOR, P.B.; BASTOS, F.I.; RIBEIRO, J.M. Descentralização, AIDS e Redução de Danos: A Implementação de Políticas Públicas no Rio de Janeiro, Brasil, **Cad. Saúde Pública**, 23(9): 2134-2144, set, Rio de Janeiro 2007.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 17ª edição, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

_____. **História da Loucura na Idade Clássica**, São Paulo: Editora Perspectiva, 1993.

FRANCO, M.L.P.B. Representações Sociais, Ideologia e Desenvolvimento da Consciência, **Cadernos de Pesquisa**, v.34, n.121, p. 169-186, jan/abr, 2004.

GARCIA, M.L.T.; LEAL, F.X.; ABREU, C.C. A Política Antidrogas Brasileira: Velhos Dilemas, **Rev. Psicologia e Sociedade**, 20 (2): 267-276, 2008.

GARCIA, S.I.; Perdas e Danos: Violência e a Subjetividade do Usuário. In: GOFFMAN, E. **Estigma – notas sobre a manipulação da Identidade deteriorada**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.

GOFFMAN, E. **Estigma – notas sobre a manipulação da Identidade deteriorada**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.

GONÇALVES, A.M.; SENA, R.R. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e Reflexos Sobre o Cuidado com o Doente Mental na Família, **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, março 9 (2):48-55, 2001.

GONZALES, R. F. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Caminhos e Desafios**, São Paulo: Thomson, 2002.

GORGULHO, M. Reprimir Não Resolve. **Revista Época**, São Paulo, n°. 333, 04 out 2004. Entrevista concedida a Glaucio Dettmar.

GRECO FILHO, V. **Tóxicos: Prevenção, Repressão**, 9ed. São Paulo: Saraiva, 1993.

GUIMARÃES, K., & MERCHÁN-HAMANN, E. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. **Estudos Feministas**, 13(3), 525-544, 2005.

HOENISCH, J.C.D. Representações do SUS para Psicólogos em Unidades de Saúde: Indagações e Possibilidades. In: NASCIMENTO, C.T.; LAZZAROTTO, G.R.; HOENISCH, J.C.D.; SILVA, M.C.C.; MATOS, R.L. **Psicologia e Políticas Públicas – Experiências em Saúde Pública**, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2004.

IBGE, Censo 2010, publicado no **Diário Oficial da União** em 04 de novembro de 2010.

KASTRUP, V. **A Invenção de Si e do Mundo – Uma Introdução do Tempo e do Coletivo no Estudo da Cognição**, Campinas – SP: Papirus, 1999.

LANCETTI, A (org.) **Assistência Social & Cidadania**, São Paulo: Hucitec, 1996.

LIMA, M.L.C.; MOREIRA, A.C.G. Aids e Feminização: Os Contornos da Sexualidade, **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, vol.VIII, nº1, p. 103-118, 2008.

LOURO, G. L. Pedagogias da Sexualidade. In: _____ (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte/MG, Autêntica, 1999.

_____. Corpo, Escola e Identidade, **Educação & Realidade**, vol.25, n.2, p.59-75, 2000.

MACHADO, A.R.; MIRANDA, P.S.C.M.; Fragmentos da História da Atenção à Saúde para Usuários de Álcool e Outras Drogas no Brasil: da Justiça e Saúde Pública, **Rev. História, Ciências e Saúde**, v. 14, nº 3, p. 801-821, jul-set, 2007.

MACRAE, E.; GORGULHO, M.; Redução de Danos e Tratamento de Substituição, Posicionamento da Reduc, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol. 52, set-out, p. 371-374, 2003.

MAIA, A. C. B. Sexualidade: Reflexões Sobre um Conceito Amplo, **SBPN – Scientific Journal**, Vol 5(1), 2001.

_____. Orientação sexual na escola. In: RIBEIRO, P. R. M. (Org.). **Sexualidade e educação: aproximações necessárias**. São Paulo: Arte e Ciência, 2004, p. 153-179.

_____. **Sexualidade e Deficiências**. São Paulo/SP, Editora Unesp, 2006.

_____. **Inclusão e Sexualidade: questões afetivo-sexuais em pessoas com deficiências físicas**. Relatório de Pesquisa de Pós-Doutorado (Não publicada). Brasília: CNPq, 2009.

MARLATT, G. A. et al. **Redução de Danos – Estratégias Práticas para Lidar com Comportamentos de Alto Risco**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. **Drogas e Aids, Estratégias de Redução de Danos**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

MESQUITA, F.; MATQUES, L.f. Troca de Seringas: Drogas e Aids, **Ciência, debate e saúde pública**, Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

MINAYO, M.C.S. (org.) Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade, Petrópolis: Ed Vozes, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Departamento de Dst, Ais e Hepatites Virais, Apresenta informações sobre Aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Disponível em www.aids.gov.br. Acesso em 20 de abril de 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Disponível em www.portalsaude.gov.br. Acesso em 10 de janeiro de 2010.

MOREIRA, F.G.; SILVEIRA, D.X.; ANDREOLI, S.B. Redução de Danos do Uso Indevido de Drogas no Contexto da Escola Promotora de Saúde, **Ciência e Saúde Coletiva**, 11 (3), São Paulo, 2006.

MORAES, A. F. **Mulheres da Vila – Prostituição. Identidade social e movimento associativo**. Petrópolis/RJ: Vozes, 1995.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Rio de Janeiro, Vozes, 2003.

MOTTIER, V. **Sexuality- a very short introduction**. New York: Oxford university press, 2008.

ONU, Organização das Nações Unidas, Posição Oficial do Sistema das Nações Unidas: Prevenção da Transmissão do HIV Entre Usuários de Drogas, Anexo do Relatório da 8ª sessão do Sub Comitê Sobre Controle de Drogas da ACC, 2000. Disponível em www.aids.gov.br/final/prevencao/udi_nacoes_unidas.doc Acesso em 24 out. 2009.

OGBORNE, A.; CARVER, V.; WIEBE, J.; Harm Reduction and Injection Drug Use: Na International Comparative Study of Contextual Factors Influencing the Development and Implementation of Relevant Policies and Programs; 2001. Disponível em http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hepatitis_c/pdf/harm_reduction_e/index.html Acesso em 29 jan. 2010.

OLIEVENSTEIN, C.A. **Droga**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1984.

PAES, P.C.D.; OLIVEIRA, M.W. Educação no Programa de Redução de Danos: Alienação ou Práxis Educativa, **Revista Brasileira de Educação**, nº6, 2004.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Educação. Superintendência da Educação. Diretoria de Políticas e Programas Educacionais. Coordenação de Desafios Educacionais Contemporâneos. **Sexualidade**, Curitiba, SEED – PR, 2008.

PARKER, R. G. **Corpos, prazeres e paixões: cultura sexual no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Best Seller, 1997.

PETUCO, D.R.S.; MEDEIROS, R.G. Redução de Danos: Dispositivo da Reforma, **Boletim Drogas e Violência no Campo**, ano 5, nº 12, 2009.

PICCOLO, F.D.; KNAUTH, D. R. Uso de drogas e sexualidade em tempos de Aids e Redução de Danos. **Rev. Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 127-145, junho de 2002.

QUEIROZ, I.S. Os Programas de Redução de Danos Como Espaços de Exercício de Cidadania dos Usuários de Drogas, **Psicologia Ciência e Profissão**, vol 21. Nº4 Brasília, 2001.

_____. Adoção de Ações de Redução de Danos Direcionadas aos Usuários de Drogas: Concepções e Valores de Equipes do PSF, **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 2(1), São João Del Rei, Mar/Ag, 2007.

REGHELIN, E.M. Redução de Danos: Prevenção ou Estímulo ao Uso Indevido de Drogas Injetáveis, **Revista dos Tribunais**, São Paulo, 2002.

ÉPOCA, REVISTA. São Paulo, nº. 333, 04 out 2004.

RIBEIRO, P. R. M. **Educação Sexual: além da informação**. São Paulo: EPU, 1990.

RODRIGUES, T. Política de Drogas e a Lógica de Danos, **Revista Verve**, São Paulo, Nu-Sol/PUC-SP, n.03, 2003.

RODRIGUES, L. B.F.; **Controle Penal Sobre as Drogas Ilícitas: O Impacto do Proibicionismo no Sistema Penal e na Sociedade**, Tese (Doutorado Programa de Pós-Graduação em Direito) Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

RUSSO, J. A. **O Campo da Sexologia e Seus Efeitos Sobre a Política Sexual**, Paper apresentado no Seminário “Diálogo Latinoamericano Sobre Sexualidade e Geopolítica”, Observatório de sexualidad y politica, Rio de Janeiro, agosto de 2009.

SANTOS, V.E.; O Objeto/Sujeito da Redução de Danos: Uma Análise da Literatura da Perspectiva da Saúde Coletiva, SP: **Escola de Enfermagem**, USP, 2008.

SANCHEZ, A.I.M.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o Conceito de Vulnerabilidade Apoiar a Construção do Conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.319-324, 2007.

SILVA, S.M.; SPIASSI, A. L.; ALVES, D.C.; GUEDES, D.J.; LEIGO, R. O.; Redução de Danos: Estratégia de Cuidado Com Populações Vulneráveis na Cidade de Santo Andre – SP, **Rev. Saúde e Sociedade**, vol. 18, supl.2, 2009.

SONTAG, S.; **AIDS e Suas Metáforas**, São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SOUZA, T.P.; **Redução de Danos no Brasil: A Clínica e a Política em Movimento**, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L.P.; GONÇALVES, S.E.; MIELKE, F.B.; GUADALUPE, D.B.; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: Novas Propostas, Novos Desafios, **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, abr/jun 15(2): 210-7, 2007.

TURATO, E. R. **Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**, Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

VELHO, G. Drogas e Construção Social da Realidade. In BAPTISTA, M. **Toxicomania: Uma Abordagem Multidisciplinar**, Rio de Janeiro, Nepad/UERJ, Sette Letras, 1997.

VIDAL, E.C.F.; BRAGA, V.A.B.; SILVA, M.J.; PINHEIRO, A.K.B. Políticas Públicas para Pessoas com HIV: Discutindo Direitos Sexuais e Reprodutivos, **Rev. Rene**. Fortaleza, v.10, n.2, p. 166-174, abr./jun. 2009.

WEEKS, J. O Corpo e a Sexualidade. In: _____ (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte/MG, Autêntica, 1999.

WODAK, A. Redução de Danos e Programas de Troca de Seringas. In: BASTOS, F.I.; MESQUITA, F.; MARQUES, L.F. (org.). Troca de Seringas: Drogas e Aids. **Ciência Debate e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

ZALUAR, A. Violência, Dinheiro Fácil e Justiça no Brasil: 1980-1995. In: ASCELRAD, G. (org.) **Avessos do Prazer: Drogas, Aids e Direitos Humanos**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

APÊNDICES e ANEXO

APÊNDICE 1. ROTEIRO DE ENTREVISTA E LISTA DE PALAVRAS

Nome:
Sexo: () M () F
Idade:
Área de atuação:
Abordagem teórica:
Tempo de formação:
Outra Formação:
Cursos de Especialização, Pós-graduação ou Outros:

Questões

1. Você conhece a proposta de Redução de Danos? Já ouviu falar? O que ouviu?
2. Onde obteve essas informações?
3. Na sua formação acadêmica e continuada ou em pós-graduações, discutiu esta proposta?
4. Qual sua opinião sobre a proposta de Redução de Danos?
5. Se você nunca ouviu falar, a proposta de RD, de acordo com o Ministério da Saúde, consiste em uma estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos à saúde em consequências de práticas de risco. Por exemplo, em usuários de drogas injetáveis que não querem parar com o uso, a ação se dirige a orientar o uso seguro, o não compartilhamento de seringas, entre outras ações. E a partir disso, qual a sua opinião a respeito?
6. Em que medida essa proposta pode contribuir para o desenvolvimento humano?
7. Como você vê a relação entre Redução de Danos e Sexualidade?
8. O que você entende por sexualidade, como você a define?
9. Você já se deparou com clientes que foram expostos ao programa de redução de danos do ministério da saúde? Como e em que sentido essa atuação repercutiu no seu atendimento clínico?
10. Você acha que a proposta de RD ajudaria ou não na sua atuação clínica?
11. Percebe alguma relação entre a proposta de RD e a abordagem teórica que utiliza em sua prática profissional? Como e por quê?
12. Acha que essa proposta ajudaria ou não o trabalho de psicólogos junto a usuários de drogas e seus familiares? Como?
13. Outras informações importantes:

Escreva **uma** palavra que você associe com os seguintes fenômenos abaixo:

- 1) ADOLESCENCIA:
- 2) ÁLCOOL/ BEBIDAS:
- 3) AIDS:
- 4) CIGARRO/FUMO:
- 5) COMPORTAMENTO DE RISCO:
- 6) DESENVOLVIMENTO HUMANO:
- 7) DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS:
- 8) GAY (HOMOSSEXUALIDADE MASCULINA):
- 9) JUVENTUDE:
- 10) LÉSBICA (HOMOSSEXUALIDADE FEMININA):
- 11) MACONHA, COCAÍNA, LSD; CRACK:
- 12) REMÉDIOS:
- 13) PRAZER:
- 14) PREVENÇÃO:
- 15) PROSTITUIÇÃO:
- 16) PSICOLOGIA:

17) SEXO:

18) SEXUALIDADE:

19) VÍCIO:

20) VULNERABILIDADE:

APÊNDICE 2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Compromisso

Declaro que fui convidado(a) a participar da pesquisa Sexualidade, Vulnerabilidade e a Política de Redução de Danos: O Papel de Psicólogos, de responsabilidade da mestrandia Aline Ariana Alcântara Anacleto, sob a orientação da Profa Dra. Ana Cláudia Bortolozzi Maia, lotada no Curso de Psicologia da Unesp-Bauru e que fui esclarecido(a) sobre os objetivos gerais da pesquisa, os procedimentos metodológicos envolvidos e as finalidades de divulgação dos dados de modo acadêmico e científico, atendendo as exigências éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 sobre as diretrizes e normas em Pesquisas com Seres Humanos.

Declaro que fui informado(a) de que a minha participação na pesquisa é gratuita e não envolve nenhuma situação de risco à minha integridade física ou moral e que a minha identificação será mantida no anonimato. Entendi que devo participar de uma entrevista gravada e que posso desistir da colaboração na pesquisa em qualquer momento, além de manter contato para esclarecimentos com o pesquisador responsável.

Diante do exposto, declaro que recebi orientações e esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo, aos procedimentos envolvidos na minha participação e ao anonimato garantido e concordo em participar, de forma voluntária, deste estudo, assinando termo de consentimento abaixo:

Eu,

_____, RG: _____,

concordo em participar, de forma voluntária, deste estudo e autorizo a utilização das respostas que emitir neste questionário para fins de divulgação acadêmica e científica, desde que seja mantido o anonimato da minha identificação.

Local: _____

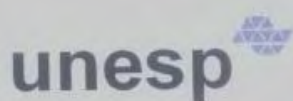
Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Responsável: Aline Ariana Alcântara Anacleto

Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem/

Faculdade de Ciências/Bauru. Telefone: (14) 3103 6087 E-mail: aclaudia@fc.unesp.br

ANEXO 1. PARECER DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Bauru



O **Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências** da Universidade Estadual Paulista – **UNESP**, em sua **48ª Reunião Ordinária** realizada no dia **27 de maio de 2009**, no Prédio do STI da **Faculdade de Ciências da UNESP**, Campus de Bauru, às 09h00, após análise do parecer emitido pelo relator **APROVA** o projeto **"Redução de danos: Com a palavra os psicólogos"**, **Processo nº 611/46/01/09**, sob responsabilidade da Professora Doutora Ana Cláudia Bortolozzi Maia.

Bauru (SP), 27 de maio de 2009

PROF. DR. ARI FERNANDO MAIA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Av. Engº Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01 - Vargem Limpa - Bauru-SP - CEP: 17 033-360
Fone: (14) 3103-6187 - e-mail: ceiart@fc.unesp.br