

Redução de Danos e SUS: *enlaces, contribuições e interfaces.*

Christiane Sampaio¹
Deisi Sangoi Freitas²

“Vários tipos de categorias profissionais vem sendo convidadas a exercer funções policiais cada vez mais precisas: professores, psiquiatras, educadores de todo tipo”.
Michel Foucault (1987)

Resumo

Esse artigo visa analisar e compreender com base em referenciais teóricos os possíveis enlaces, contribuições e interfaces entre o SUS (Sistema Único de Saúde) e Redução de Danos (RD). Partindo da experiência por mim vivida ao longo de dez anos enquanto profissional que participou ativamente da construção da Política de Redução de Danos, irei entrelaçar os principais pressupostos do SUS e a suas especificidades no que se refere ao seu processo de implementação, concluindo com algumas das possíveis contribuições, entre as quais poderia destacar: os fortes elos que compõe a clínica ampliada e as ações de RD; o encontro entre RD e alguns pressupostos que dão suporte a incorporação do SUS; a construção de uma nova perspectiva e atitude entre os profissionais de saúde no que no que diz respeito as questões relacionadas ao uso de drogas, fazendo assim com que ambos, RD e SUS, possam oferecer subsídios para melhor qualificar o campo da Saúde Coletiva.

Palavras-Chave: Redução de Danos. Sistema Único de Saúde (SUS). Uso de drogas. Saúde Coletiva

Harm Reduction and SUS: connections, contributions and relationships

Abstract

Using the experience acquired in the last twelve years of my professional practice, including my participation on developing Harm Reduction national policies, the connections, mutual contributions and interfaces between the theoretical references of the Brazilian System of Public Health (“SUS”) and those proposed by Harm Reduction are discussed. Among results that could be highlighted are: the strong links that it composes the enlarged clinic and the actions of HR; the encounter between HR and some presupposed that give support the incorporation of SUS; the construction of a new perspective and attitude among the professionals of health in what refer the subjects related to the use of drugs, doing like this with that both, HR and SUS, can offer subsidies for best to qualify the field of the Collective Health of such exploration are contributions to qualify theoretical landmarks and practice in the field (knowledge area) of Public Health.

Keywords: Harm Reduction. Unique system of Health. I use of drug. Collective health

¹ Psicóloga, Especialista na Clínica das Toxicomanias pelo NEPAD da UERJ, Consultora do Estado do Rio Grande do Sul para implantação das ações de Redução de Danos em SAE, pós - graduanda em Saúde Coletiva pela UNIFRA, mestranda em Educação pela UFSM.

² Professora Orientadora (Doutora em Educação pela UNICAMP e Professora do Departamento de Metodologia do Ensino da UFSM) do artigo em pauta fruto do trabalho final do Curso de Especialização em Saúde Coletiva pela UNIFRA.

Motivações

As minhas motivações em escrever esse artigo partem de inquietações que vivi ao longo do trabalho que realizo acerca de 10 anos frente às ações de Redução de Danos³ referente à prevenção do HIV entre usuários de drogas injetáveis (UDI).

Ao buscar a especialização em Saúde Coletiva interagir com concepções que muito me ajudaram a constituir embasamentos importantes que ao longo do processo foram se entrelaçando com a minha prática, e que de alguma forma estão expressos neste artigo.

O mais interessante nesse processo de busca pelo saber é que ele acaba sempre em novas questões, e essas novas questões impulsionam novas saídas, e as novas saídas geram novas questões, em um movimento infinito, constituído de angustias e inquietações, e que atrelados aos nossos diferentes desejos, nos mantêm vivos, produtores de cultura e conhecimento.

Introdução

Percebi durante a especialização em Saúde Coletiva⁴ que muitas concepções e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde) encontravam-se intimamente entrelaçadas com a construção da Política Brasileira de Redução de Danos (RD). Essas percepções me impulsionaram a analisar e compreender as possíveis contribuições da Política de Redução de Danos para implementação do SUS e vice versa. Vale destacar que em alguns momentos cheguei a me perguntar se as ações de RD espelharam-se nos pressupostos do SUS para sua construção e percebi que na maioria das situações o que definiu a Política não foi o SUS, mas a impossibilidade de exercermos nossas ações diante das concepções de saúde que estavam estabelecidas, tanto no campo da saúde quanto na população que vem sendo atendida por esses serviços, em especial nos usuários de drogas, foco do nosso trabalho. Todo esse contexto me faz acreditar que as questões que motivaram a Reforma Sanitária no Brasil esbarraram em questões muito semelhantes as nossas, porém o nosso recorte é mais específico, complexo com certeza, mas que ao longo desses anos vêm encontrando algumas

³ As estratégias de redução de danos segundo Manual de Redução de Danos – Ministério da Saúde (2001) constituem um conjunto de medidas no campo da saúde pública voltadas para minimizar as consequências adversas ao uso de drogas. O princípio fundamental que as orienta é o respeito à liberdade de escolha, à medida que os estudos e pesquisas realizados apontam que alguns usuários não conseguem e não querem parar de usar drogas, mas esses precisam ter os riscos minimizados para a infecção pelo HIV e Hepatites.

⁴ Realizada na UNIFRA (Centro Universitário Franciscano) entre 2005 -2006, na cidade de Santa Maria – RS.

saídas e vislumbrando uma proposta democrática para a saúde, estando assim em consonância com os princípios do SUS.

Para ilustrar um pouco mais essa relação entre RD e SUS citarei abaixo a 6ª CARTA AO BRASIL, escrita por muitas mãos, através de representantes da ABORDA – Associação Brasileira de Redutores de Danos, uma das organizações não-governamentais mais ativas e representativas do movimento social em RD, elaborada em Santo André-SP no dia 25 de junho de 2006, durante o 6º Encontro Nacional de Redutores de Danos:

Nós, redutoras e redutores de danos, participantes do Sexto Encontro Nacional de Redutores de Danos da Associação Brasileira de Redutores de Danos – ABORDA, instituição fundada em 1997, que congrega cerca de 400 associados, cinco Fóruns Regionais (Norte, Nordeste, Sudeste, Centro Oeste e Sul) e cerca de 200 Programas de Redução de Danos, trazemos a público a presente reflexão.

Nos últimos 10 anos, houve grandes transformações nas perspectivas de Redução de Danos (RD), até então percebida tão somente como estratégia de enfrentamento do risco de contaminação pelo HIV, ligado ao uso de drogas injetáveis. No decorrer do tempo, a Redução de Danos contribuiu significativamente na luta contra a AIDS, e abriu um leque de novas possibilidades na forma de se fazer e pensar saúde no Brasil, passando a ser vista como uma política pública ligada ao enfrentamento da questão das drogas, dialogando com duas realidades: prevenção ao HIV/AIDS e hepatites, e tratamento para os possíveis problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Atualmente, a Redução de Danos avançou por novos territórios dentro do contexto das drogas: novas drogas, usos diferenciados, outras vulnerabilidades, levando o movimento social de redução de danos a constituir estratégias de ação e aproximação com outros setores da saúde como: Programa de Saúde da Família (PSF), Saúde da Mulher, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, entre outros, que fazem parte deste mosaico vivo e ativo chamado Sistema Único de Saúde - SUS.

O SUS é uma árdua conquista do povo brasileiro, cujos princípios apontam em direção a um fazer em saúde com criatividade, humanidade e participação. Porém, a burocratização que vem acompanhando o processo de institucionalização, bloqueia as possibilidades de inovação. Neste contexto, a Redução de Danos se apresenta como aliada na luta contra o estrangulamento dos princípios que estão na gênese do Sistema Único de Saúde. São formas de pensar e fazer saúde que se aliam às lutas e às práticas desenvolvidas por trabalhadores da saúde, usuários do SUS, movimentos sociais, instituições de ensino superior, dentre outros.

A ABORDA reafirma que assumir a Redução de Danos no SUS implica necessariamente em incluir os agentes redutores de danos, e os usuários de drogas atendidos e capacitados pelos Programas de Redução de Danos – PRD. É preciso avançar no processo de inclusão e valorização deste trabalhador de saúde; na regulamentação da profissão de redutor de danos; no reconhecimento dos saberes adquiridos; na constituição de formas claras de financiamento; e na continuidade do atendimento às comunidades acessadas por estes que ainda estão à margem das políticas públicas.

Mas, nosso pensar não é apenas na Saúde; ele amplia-se para questões ligadas aos Direitos Humanos das pessoas que usam drogas, e ao pleno exercício de sua cidadania. Neste sentido, necessitamos nos aproximar de outros saberes, outras práticas, outros espaços. Como a Educação pensa os usos de drogas? Como a Assistência Social vai perceber a pessoa usuária de droga? As políticas públicas de cultura e lazer se apresentam como possibilidades de construção de subjetividades que respeitem a possibilidade do uso de drogas?

Diante dessa carta percebe-se que a incorporação das ações de Redução de Danos em âmbito Nacional⁵, através do SUS, encontra desafios e minha intenção é provocar questionamentos e ampliar a análise desses desafios.

Sei que o maior desafio está em considerarmos as diferentes essências, sairmos da linha de montagem a que estamos submetidos, aonde as políticas públicas em saúde perversamente vêm nos submetendo ao longo da história da humanidade, séculos após séculos, através do controle sobre nossos corpos e sobre nas nossas ações, através de práticas disciplinares, classificações e modelações com as quais convivemos cotidianamente e muitas vezes não nos damos conta do tamanho da normalização delas em nossas vidas.

A AIDS perturba essas normas, reflete desejos encobertos, fomenta novos estilos de viver a sexualidade, inventa novas possibilidades no viver, constrói cidadania como obra de arte e edifica novas políticas, que se constituem nas bases, através de grupos marginalizados e estigmatizados.

A carta acima citada mostra em sua essência a construção de um movimento social, o Movimento de Redução de Danos⁶ que também vem desarrumando as certezas e normas advindas das concepções sobre drogas.

Sei que para garantirmos diferenças e singularidades no campo da saúde precisamos interligar nossa prática que perpassa diferentes fazeres e querereres, a um emaranhado de políticas e culturas que precisam ser repensadas e analisadas, até para que surjam novas saídas e novas percepções, nesse sentido trago para essa análise duas questões essenciais:

Diante da complexidade das propostas do SUS como podemos pensar as possíveis contribuições da Política de Redução de Danos no gradual e difícil processo de implementação do SUS?

De que forma o SUS pode garantir efetivamente que a Política de Redução de Danos consiga efetivar o acesso e a integralidade dos usuários de drogas no SUS?

Nesse artigo tenho como objetivo fazer uma reflexão que perpassa historicamente à construção da Política de Redução de Danos e ao longo dos meus escritos irei entrelaçá-las aos principais pressupostos do SUS e a suas especificidades no que se refere ao seu processo

⁵ Apesar dessa análise remeter-se ao processo de construção da Política de Redução de Danos em âmbito Nacional é importante ressaltar que o processo de desenvolvimentos das ações constituiu-se de forma bastante singular de acordo com as condições regionais, tanto políticas, quanto de natureza cultural. Um exemplo dessas diferenças regionais é que no Nordeste o uso de cocaína dar-se em menor escala, mas nos Estados dessa região, principalmente em Pernambuco, as ações de RD vem se expandindo em relação ao consumo de álcool.

⁶ O conceito de Redução de Danos (RD), na história da Aborda, foi “estratégia de saúde”, passou por “política de saúde” e agora expresso como “movimento social” esse se constitui na luta por um estado de maior bem estar social para todos, usuários ou não de drogas legais ou ilegais (Sampaio, C. M. A, Campos, M. A. *Drogas, dignidade e inclusão social – a lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: Aborda. 2003. pp. 11-12.)

de implementação, visando colher as contribuições que ambos podem oferecer para qualificar o campo da saúde coletiva.

Metodologicamente irei fazer um percurso que diz respeito a minha experiência ao longo de dez anos enquanto profissional que participou ativamente da construção da Política de Redução de Danos, tanto na minha experiência no Estado do Rio de Janeiro como através dos meus trabalhos em âmbito nacional realizado frente a ABORDA⁷. Diante desse relato irei construir, com base em referenciais teóricos, através de uma revisão bibliográfica sustentabilidade das análises feitas neste artigo visando traçar possíveis enlaces, contribuições e interfaces entre o SUS e Redução de Danos.

Esse artigo em minha concepção é também uma dívida que tenho com o Movimento de Redução de Danos que muito me ensinou e me constitui enquanto profissional de saúde.

Discussões

1. Como se constitui a política de Redução de Danos e suas interfaces com o SUS?

Os conhecimentos advindos da Reforma Sanitária e constitutiva do SUS estão em sintonia com a Política de Redução de Danos, que transversaliza os saberes acerca da epidemiologia e da saúde mental. É importante não esquecer que o berço das ações de Redução de Danos constituiu-se na cidade de Santos-SP, onde predominava na época o movimento sanitarista progressista.

No caso da cidade de Santos a Política de HIV/AIDS envolveu a comunidade e as demandas de um grupo minoritário e marginalizado, os homossexuais, que se mostravam disponíveis e estabeleceram ao longo do tempo, através da organização em grupo, condições cidadãs e menos estigmatizantes vinculadas à possibilidade de suas escolhas sexuais e que acabaram desviando forças para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS.

As ações de Redução de Danos na cidade de Santos-SP ocorreram em 1989 e sofreram extrema resistência política, chegando a gerar processos jurídicos⁸ para os profissionais de saúde e gestores que ousaram permitir a distribuição ou distribuíram na época hipoclorito de sódio para higienização de seringas e agulhas aos usuários de drogas injetáveis. Nessa época a cidade de Santos apresentava altos índices de infecção do HIV por via endovenosa. Vale

⁷ Associação Brasileira de Redutores de Danos, onde atuei por três gestões de 1998 a 2004.

⁸ Com base na interpretação da lei 6368 que regularizava na época as questões relacionadas ao consumo, produção e venda de drogas.

destacar que os Programas de Redução de Danos receberam nesse momento grande influência da experiência internacional⁹ de países como Holanda e Inglaterra (WODAK, 1998) que já desenvolviam tais programas.

Após esse processo conflituoso tivemos um novo momento para as ações de RD, iniciada em 1994, incentivada e constituída em parceria com Ministério da Saúde, que vem se sustentando até hoje. As estratégias de resposta à epidemia de HIV/AIDS no Brasil foram historicamente apoiadas em projetos específicos, direcionados a segmentos populacionais mais vulneráveis.

Na Redução de Danos não foi diferente, foram constituídos os Programas de Redução de Danos (PRD)¹⁰ que nascem nas Universidades e nas Coordenações Municipal-Estaduais de Saúde, já que não existiam grupos organizados de usuários de drogas, nem ONGs¹¹ envolvidas com a temática da RD no Brasil.

No início das ações, ao tentarmos estabelecer contato com os usuários de drogas, muitos PRD procuraram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nessa busca verificaram que esse grupo praticamente estava ausente desses serviços ou era invisível para os profissionais de saúde. O processo de implantação ocorreu então fora desses espaços sendo realizado nas comunidades, por profissionais de saúde com diferentes experiências no campo da saúde.

Refletindo sobre esta questão nos perguntamos por que os usuários de drogas não freqüentam os serviços de saúde?

Foucault ao se referir ao suplício, faz uma análise bastante interessante que nos ajuda a pensar essa pergunta:

Se não é mais ao corpo que se dirige a punição, em sua forma mais dura, sobre o que, então se exerce? [...] Dir-se-ia inscrita na própria indagação. Pois não é mais corpo, é a

⁹ Em 1926, o ministro da saúde da Inglaterra o médico Sir Humphrey Rolleston presidiu e declarou um relatório das recomendações de uma missão interministerial chamado “O Rolleston Report”. Neste documento estavam as primeiras idéias de Redução de Danos, as quais consistiam em estabelecer o direito dos médicos ingleses de prescrever suprimientos regulares de opiáceos a adictos dessas drogas nas seguintes condições: como manejo da síndrome de abstinência em tratamento com objetivo de cura; quando ficasse demonstrado que, após prolongadas tentativas de cura, o uso da droga não poderia ser seguramente deixado; quando ficasse demonstrado que o paciente apenas é capaz de levar uma vida normal e produtiva se uma dose mínima de droga for administrada regularmente, mas ficasse incapaz disso quando a droga fosse retirada da sua rotina. (WODAK, 1998)

¹⁰ Os componentes de um PRD variam de acordo com as diferentes realidades: epidemiológica, padrão de consumo, tipo de droga relevante, diferente formação de equipe etc. No Brasil as principais atividades desenvolvidas são: disponibilidade de equipamento estéril e descartável para injeção, informação, disponibilização de material informativo, disponibilização de preservativos, aconselhamento, encaminhamento aos serviços de saúde e assistência social, vacinação contra hepatite B, ações de *advocacy* (advogar em favor de uma causa) e comunicação social, vigilância epidemiológica, formação continuada de agentes redutores de danos (agentes treinados que efetivam as ações de campo com os usuários de drogas e suas redes de interface), seguidos de avaliações sistemáticas das ações citadas.

¹¹ Organização Não Governamental

alma. À expiação que tripudia sobre o corpo deve suceder um castigo que atue, profundamente, sobre o coração, o intelecto, à vontade, as disposições. (1987, p.23)

Se analisarmos esse contexto podemos pensar que os castigos agora se fazem pela lei e pela moral, para expressarmos isso podemos verificar que atualmente há três espaços para onde os usuários de drogas são referendados: para hospitais psiquiátricos e demais espaços para tratamento; para as cadeias e para a igreja. E o que acontece com eles nesses espaços? Desempenha-se controle, moraliza-se seu comportamento, excluem-se as subjetividades e imprime-se uma identidade, influenciada também pela mídia, de um sujeito marginal ou doente, conseguindo com isso que as diferenças não se expressem e que recaia sobre esses sujeitos a culpa por inúmeras situações: violência, narcotráfico, AIDS, desajustes familiares. Porém esse mascare só não é visto porque de alguma forma é mais fácil para a sociedade se ater às concepções morais vigentes e perpetuá-las.

Na saúde, assim como na educação, é mais fácil lançar mão dessa lógica instituída a ter que se haver com as diferentes subjetividades, até porque quando nos lançamos em novas formas de interface, é possível que as concepções estigmatizantes desapareçam e apareça um pouco ou muito de nós mesmos.

Nesse sentido carregamos em nossa identidade profissional o lugar do saber, um saber atrelado à ciência, que tira de cena um saber sobre o outro e sobre si mesmo. A psicanálise nos dá um belo exemplo nesse sentido, ao constituir uma clínica através de uma série de elementos tais como: transferência, escuta, contra-transferência. Elementos que falam de uma dupla relação que na maioria dos casos estão completamente ausentes na tradição clínica do “eu sei o que melhor para você” até porque em nome do saber científico me autorizo, a saber, por ser pretensamente detentor da verdade.

Diante desse cenário foi necessário superar o modelo sanitarista importado da realidade internacional (Austrália, Holanda, Países Baixos) que inspirou inicialmente a Redução de Danos no Brasil, e que diante das dificuldades encontradas, onde os usuários de drogas acham-se destituídos de direitos e deveres, completamente à margem da sociedade, ameaçados, desacreditados e culpabilizados pela violência do comércio ilegal de drogas, foi necessário utilizar manejos e estratégias que dessem conta da realidade brasileira, tendo como base um acolhimento humanizado, construído de forma conjunta, apoiado na “cesta” de necessidades dos usuários, adequadas ao seu contexto de vida, estabelecendo assim ações mais flexíveis e realistas onde se constituíram as práticas no campo da RD, essas ações vão ao encontro dos pressupostos da clínica ampliada proposta pelo SUS, construída de forma paralela e pouco utilizada e reconhecida pelos serviços de saúde.

As primeiras parcerias feitas para ampliar o leque de possibilidades, foram com os serviços de atendimento específico ao HIV/AIDS, dentre eles os SAE (Serviços de Atendimento Especializado em HIV/AIDS) e CTA (Centro de Testagem Anônima) ficando uma lacuna significativa no que se refere às Unidades Básicas de Saúde. Também eram poucas as instituições de referência para tratamento do uso de drogas, já que o SUS praticamente não tinha esse tipo de espaço.

A saúde mental incorporava muito pouco à questão da drogadição, nesse momento estávamos em meados da década de 90 e provavelmente muitos usuários de drogas em tempos anteriores devem ter sido submetidos a tratamentos psiquiátricos, estilo manicômiais. A questão do uso de drogas não estava claramente identificada e reconhecida como problema de saúde pública; estava praticamente nas mãos dos grupos de mútua-ajuda, nos espaços reclusos das fazendas terapêuticas, em alguns leitos de desintoxicação dos hospitais gerais, através de atendimentos ambulatoriais e na forma de internações nos hospitais psiquiátricos.

Para exemplificar com mais clareza, na cidade do Rio de Janeiro nessa época, contávamos para atendimento especializado no tratamento do uso abusivo de drogas na rede pública com o NEPAD/UERJ – Núcleo de Estudo em Atenção ao Uso de Drogas; CONEN – Conselho Estadual de Entorpecentes e o CREDEQ-Centro de Reabilitação em Dependência Química. Nesse três espaços citados havia uma grande dificuldade de obtenção de vagas, inclusive o CONEN estava desviado de sua função oficial que deveria ser de Conselho e não espaço de tratamento. Sabe-se que algumas cidades ainda se apresentavam em pior situação, conforme relato do PRD de Porto Alegre na época, era quase impossível conseguir atendimento num serviço especializado para tratamento relacionado ao uso abusivo de drogas sendo esta ausência deflagrada pelas demandas suscitadas pelas ações de RD.

Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) apesar de serem a referência no SUS para o atendimento de usuários de drogas em termos práticos isso quase não acontecia, sendo muito mais efetivos no tratamento de doenças psiquiátricas, prova disso é que em 2002 inicia-se a implantação dos CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas) como forma de constituir uma rede especializada com vistas à situação de escassez de serviço com esse perfil no SUS.

Quero mostrar com isso que a RD nasce no SUS, porém há uma desintegração com espaços importantes como Atenção Básica e Serviços Especializados para Tratamento de uso abusivo de drogas. Há ainda uma nítida ausência de uma Política de Atenção ao Uso de Álcool e outras drogas que pudessem garantir verdadeiramente o acesso dos usuários de drogas ao SUS.

A Redução de Danos tentou lidar com parte desse problema buscando sensibilizar os Profissionais de Saúde das UBS (Unidades Básicas de Saúde), PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) entre outros para acolhimento das questões relacionadas ao uso de drogas e começamos a deflagrar o que já percebíamos na interface com os usuários de drogas, eles nos informavam durante os nossos trabalhos de campo, que tinham dificuldades em frequentar os serviços de saúde por interpretarem que os profissionais de saúde eram preconceituosos, exigiam abstinência como condição essencial para o tratamento da AIDS e demais patologias e na melhor das hipóteses os tratavam sem muita credibilidade, atrelando descrédito a possibilidade deles enquanto usuários regularem o uso de drogas em prol da melhoria de suas condições de saúde.

Por outro lado a visão dos profissionais de saúde é de que há um distanciamento dos usuários de drogas dos serviços e reconhecem que eles enquanto profissionais sentem-se despreparados para lidar com as realidades que envolvem o uso de drogas. Há nitidamente um desengate entre os dois elementos de elo, usuários de drogas e profissionais de saúde, envolvidos nessa cadeia de interfaces.

Vale destacar que em alguns casos tivemos profissionais de saúde parceiros nos serviços e que passaram a ser referência para os encaminhamentos dos usuários de drogas por nós acessados e que demandavam auxílio de outros serviços.

Esse processo manteve-se assim por muitos anos, sendo foco de muitos debates, apontados em Fóruns, Conferências, Seminários. Sugeria-se nesses momentos que os serviços de saúde que tinham maior proximidade com os usuários de drogas, portadores de HIV e doentes de AIDS tais como os CTA, SAE e CAPS que adotassem os princípios da Redução de Danos e desenvolvessem ações inspiradas nesses princípios. Porém responder a essa demanda sempre foi muito complicado para os profissionais que alegavam despreparo e atrelavam essas intervenções a especialista na área, nitidamente vinculados à idéia de tratamento da dependência como única alternativa de interface com os usuários de drogas.

Até que em 2004 iniciamos um projeto piloto tendo em vista validar as estratégias de melhoria da qualidade de atenção aos usuários de drogas infectados pelo HIV nos Serviços de Assistência Especializada – SAE, na perspectiva da Redução de Danos.

Esse projeto também busca estabelecer a incorporação da RD no SAE e a definição de papéis na perspectiva da construção de uma rede de promoção à saúde voltada às pessoas que fazem uso e/ou abuso de drogas. Esta rede é composta por ONGs, comunidades terapêuticas, Programas de Redução de Danos (PRD), rede de atenção básica, serviços de DST/AIDS, SAE

e serviços de saúde mental (em especial, mas não exclusivamente os CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas). Nesse sentido a idéia é fazer operar de forma articulada uma rede que possua papéis, complexidade e resolutividade distintos, de forma a construir potencialidades diversas e complementares. Sem esquecer que para essa rede possa operar efetivamente é necessário trabalharmos as fantasias e concepções de ordem moral que se constituíram entre profissionais da saúde e usuários drogas, esse desafio não se destinge muito de outras realidades referente a outros segmentos sociais ditos “diferentes” (profissionais do sexo, homossexuais, presidiários), ou seja, populações que de alguma forma são associados e se associam a marginalidade.

Também em 2004 o Ministério da Saúde apresenta suas diretrizes para uma Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras drogas, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS, visando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento. Desde então muitos entraves foram vivenciados, desde as propostas de implantação dos CAPSAD até os desafios de garantir diretrizes inclusivas e democráticas junto a SENAD (Secretaria Nacional Anti-Drogas), órgão oficial ligado a Presidência de República, que consolida as políticas públicas brasileiras de redução de oferta e demanda de drogas. Processo esse que vem constituindo-se de acordo com a complexidade dos desafios impostos.

A lógica aplicada pela RD de território e rede, constituídas através do trabalho de campo, se vincula ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos os usuários de drogas, vem se mostrando um excelente exemplo que de alguma forma pode contribuir e auxiliar a Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras drogas a planejar suas ações de acordo com os princípios da Reforma Sanitária.

2. Os fortes elos que compõe a clínica ampliada e as ações de RD

Em linhas gerais podemos dizer que a clínica ampliada atende as demandas do SUS. Ela não é uma clínica de nenhum especialismo, mas ela é uma direção para todas as clínicas, justamente porque estando qualquer clínica da saúde pública, inserida no SUS, todas elas devem atender aos preceitos de universalidade, participação social, integralidade e equidade. Ou seja, a clínica ampliada não se confunde com clínica da psicanálise, com a

clínica da reforma, com a clínica psiquiátrica, mas certamente produz uma resignificação das mesmas (informação oral)¹².

A clínica ampliada, constituída em parte para dar conta das demandas do SUS e fazer operar a Reforma Sanitária também opera ou deveria operar em rede, constituindo diferentes enlaces seja dentro saúde coletiva, seja conjugando outras políticas públicas, tais como: educação, assistência social, justiça e sem a menor sombra de dúvida estabelecendo enlace com as diferentes redes sociais (movimento de mulheres, movimento gay, movimento de saúde mental entre muitos outros) objetivando aperfeiçoar a participação, co-responsabilizando os sujeitos envolvidos, aproximando-os de uma ação política, onde seja possível protagonizar as diversas cenas no campo da saúde e da cidadania.

Percebe-se nessa concepção de clínica ampliada que não há espaço para o especialismo, pois ela lança seu olhar para uma enorme diversidade onde está incluído, o ser humano e as suas diferenças, em consonância aos pressupostos do SUS.

Como efeito podemos tomar novamente o exemplo das ações de Redução de Danos que transversaliza diferentes campos como a prevenção das DST/AIDS e atenção ao usuário de drogas, e ainda inclui outros temas importantes para viabilizar esses campos através de pressupostos que atravessam questões como: respeito-mútuo, auto-cuidado, cidadania que estão sustentados em manejos educacionais que têm como base o espaço comunitário, construídos nos alicerces populares, arraigados em uma lógica que respeita e interage com os ditos e vivências que sustentam a constituição desses sujeitos. Nesse trabalho aqueles que intervêm também se permitem sofrer intervenção, numa lógica dialógica, em que não há uma verdade, mas a interface entre saberes que irão auxiliar a construção de manejos no trato com a saúde.

Apesar dessa nítida relação entre a Reforma Sanitária e as concepções que constituem a Política de Redução de Danos a execução das ações no campo prático, só conseguiu obter “sucesso”, ou seja, estabelecer contato com os usuários de drogas e iniciar as mais diversas trocas, incluindo objetivamente a troca de seringas usadas por novas, quando incorporou os redutores de danos¹³, esses pouco sabiam sobre SUS e seus principais conhecimentos estavam relacionados à dinâmica das comunidades, as práticas relacionadas ao uso de drogas, a

¹² Curso: de Redução de Danos: um modelo de clínica ampliada, ocorrido no I Encontro Nacional de Redução de Danos em Serviço, na cidade de Santo André - São Paulo nos dias 26, 27 e 28 de Junho de 2006, ministrado por Tadeu de Paula – Mestrando da UFF-RJ.

¹³ Agentes treinados que efetivam as ações de campo com os usuários de drogas e suas redes de interface, na maioria dos casos usuários de drogas, ex-usuários, pessoas com perfil e atuação no espaço comunitário, incluindo moradores das comunidades e profissionais de saúde que se identificavam com o trabalho de campo.

violência estruturada, entre outros fatores, pela guerra às drogas, a vivência de preconceito, a ausência de condições dignas de saúde em que muitas vezes a população carente está submetida. Muito sábia foi à iniciativa dos dirigentes dos PRDs em dar voz e espaço para o trabalho desses sujeitos, que sobre orientação de técnicos, com diferentes experiências no campo da saúde, deram vida e ação aos trabalhos de RD.

Na minha experiência a construção das ações seguiu uma lógica muito pouco academicista, misturando diferentes experiências no campo da saúde, vivenciando muitos fracassos, medos, perdas e aprendendo a fazer fazendo, construindo estratégias, compartilhando saídas e experiências, constituindo novas frentes de ação, trocando tecnologia com outros grupos que vivenciavam o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, integrando e transversalizando diferentes campos. O efeito desse processo foi à abertura das ações, que estamos chamando nos últimos tempos de Redução de Danos Ampliada que compõe prevenção ao HIV e Hepatites no campo do consumo de drogas, constituindo novas estratégias para intervir e pensar o fenômeno das drogas, lutando nas bases da Política de Drogas Brasileira e com isso constituindo novas alternativas no trato com o fenômeno das drogas, abrindo espaço para organização dos usuários de drogas na sua interface psicossocial.

3. O encontro entre Redução de Danos e alguns pressupostos que dão suporte a incorporação do SUS

3.1 Descentralização e sustentabilidade

Descentralização refere-se ao processo de transferência de um nível de governo para outro, do centro para periferia, ou seja, do nível federal para o estadual ou municipal, das responsabilidades de determinada área de atuação e das condições para o cumprimento dessas responsabilidades. Na saúde a descentralização tem como grande objetivo a municipalização das ações e serviços de saúde. (Transcrito do glossário do “Guia de Referência para o controle Social – Manual do Conselheiro” - Brasil 1994).

Os PRD cresceram inumeramente no Brasil, perde-se de vista o número de Programas dessa natureza financiados pelo Ministério da Saúde, muitos com a configuração inicial centrado nas ações de troca de seringas e agulhas, outros abarcando especificidade como redução de danos para usuários de crack, para usuários de álcool, Programas de Redução de Danos com ações específicas de advocacy¹⁴, direcionados a populações específicas como:

¹⁴ Ato de advogar em nome de uma causa, de uma política. Tem haver com defesa de um concepção.

profissionais do sexo, travestis usuários de silicone injetável, usuários de anabolizantes e esteróides e populações encarceradas, outros programas foram direcionados a criação de Fóruns de RD com inúmeros desenhos, sustentados por diferentes demandas.

As formas de repasse foram modificadas, surgem a partir 1997 ONGs dedicadas à questão da Redução de Danos e visando as questões relacionadas a cidadania dos usuários de drogas, com isso as ações se tornam cada vez mais capilares.

O Ministério da Saúde e os diversos atores envolvidos com a Política de Redução de Danos começam a se preocupar com a questão da sustentabilidade das ações de RD, principalmente por conta do processo de descentralização proposto pelo SUS e a necessidade de garantir recursos nos orçamentos estaduais e municipais para as ações. Porém, além dessa garantia deveria se garantir junto aos gestores públicos dessas instâncias a percepção do valor das ações de RD para prevenção do HIV/AIDS e para aproximação dos usuários de drogas junto ao SUS, inclusive na garantia da assistência aos usuários de drogas vivendo com AIDS.

Esse processo foi turbulento, diferente de um Estado para o outro, de um Município para o outro, mas a grande verdade é que em termos gerais ocorreram muitas perdas e um grande afunilamento das ações. Já que a questão política/partidária se alterava de um local para o outro, inclusive percebemos que em muitos locais houve desvios significativos na concepção de Redução de Danos em prol de interesses locais, um exemplo interessante foi perceber que em alguns municípios Redução de Danos foi entendido e implementado com base em pressupostos acoplados à abstinência de drogas, quanto nosso foco sempre foi reduzir os danos advindos do consumo de drogas.

3.1.1 Integralidade

Vejamos o conceito de integralidade em duas dimensões:

- 1ª como fruto de esforços e confluência de vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço do serviço de saúde,
- 2ª como fruto da articulação de cada serviço de saúde, pensado enquanto rede, de saúde ou não, ou seja, uma tarefa intersetorial, na melhoria das condições de vida dos usuários do serviço de saúde. (CECILIO, 2002, p.157).

Na primeira dimensão poderíamos dizer que os esforços na busca de integralidade ainda são pequenos e se constituem algo isolado e específico de um pequeno grupo de profissionais (programas específicos - PRDS) que, na maioria das vezes, não encontra *realimentação* em outros profissionais (Unidades Básicas, Programa de Saúde da Família, Hospital, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS), principalmente no que se refere a intervir

na liberdade de escolha dos usuários de drogas, o que remete a abstinência enquanto exigência para atenção à saúde, atrelada à tradição higienista e asséptica na saúde. Outro elemento comumente verificado é a criminalização dos usuários de drogas, demonstrando uma atitude policialesca e punitiva para com eles. E, por último e talvez a concepção mais difícil de ser (re) significada, é de que nem todo uso de droga é sintoma e que existem diferentes formas de interface com as drogas e diferentes motivações para o uso de drogas. E quando não se compreende algum desses elementos não se consegue escutar, nem entender as necessidades das pessoas que usam drogas, a menos que esses estejam motivados a se abster do seu uso, o que não é a condição universal das pessoas que as utilizam.

Nesse sentido podemos ampliar esse processo e pensar como os serviços de saúde atuam de uma maneira geral com seus usuários e a partir daí pensarmos, como nos aponta Campos (1994) que é necessário que esses serviços, através de seus gestores e profissionais de saúde, favoreçam a autonomia dos usuários do serviço, abrindo assim a possibilidade de escuta, sempre se questionando sobre as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, suas condições de vida e quais as reais garantias de acesso ele possui no que se refere a determinadas tecnologias e a partir disso fazer um contraponto com a concepção e necessidade de saúde internalizados pela equipe de um determinado serviço.

A integralidade só é possível acontecer em rede, numa relação articulada, complementar, que vai desde a ação de um determinado profissional de saúde, passando por uma equipe até chegar a uma determinada rede de serviços em saúde. Essa irá se conjugar a uma gestão municipal em saúde, que estará compondo as ações em saúde de um Estado, que constitui um Plano Político Nacional de Saúde. Irei tomar Capra (2006) como referência para pensarmos como essa idéia compõe um novo paradigma, que pode ser denominado visão ecológica, onde ele emprega o termo ecologia, num sentido muito mais amplo e profundo que o usual, reconhecendo a interdependência e interconexão de todos os fenômenos. Enquanto sociedade e indivíduo estamos em processos cíclicos da natureza.

Se fizermos uma junção entre os instrumentos disponibilizados pela epidemiologia¹⁵ e a forma de gestão e reorganização das micro-políticas em saúde poderemos responder melhor as necessidades de saúde, ou seja, de forma mais satisfatória do ponto vista da qualidade de vida e adequada a realidade de cada sujeito envolvido com a busca por saúde.

¹⁵ Falo nesse sentido da epidemiologia que vem se modificando com as experiências no campo do HIV/AIDS, onde as estratégias de prevenção desenvolvidas pelos próprios grupos atingidos produzem uma nova metodologia no campo da epidemiologia. Esse novo método epidemiológico aponta que é preciso conhecer para intervir, superando assim a afirmação que é preciso intervir para conhecer. Nesse sentido os indicadores epidemiológicos sofrem um deslocamento, visto as novas direções que vem tomando as estratégias de prevenção diante dos complexos contextos de desigualdade social.

3.1.1.1 Equidade

Adotando o conceito de equidade, tal qual apresentada por Malta:

A equidade é entendida como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferentes da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas. (2001 p. 135-136).

Isso significa que todos os cidadãos brasileiros independente de sexo, religião, idade ou situação de emprego têm direito a mesma assistência à saúde. Significa ainda, que em função das diferenças sociais e das disparidades que ocorrem nas diversas regiões brasileiras que os recursos financeiros deverão ser distribuídos no sentido de favorecer aqueles que mais necessitam de atenção e cuidado.

Diante desse cenário, onde não se cumpre a integralidade da atenção à saúde dos usuários de drogas, o princípio da equidade medido através de dados epidemiológicos em relação à vulnerabilidade dessa população a doenças como o HIV/AIDS e as Hepatites, vem mostrando e reconhecendo que esse grupo populacional tem acesso desigual a saúde em comparação a outros segmentos populacionais.

Como estes grupos estão menos próximos dos recursos tecnológicos de cura e prevenção de doenças, justificam-se esforços e recursos específicos, a exemplo da ação específica dos Programas de Redução de Danos. Pela ausência da integralidade na atenção à saúde, faz-se mister minimizar a exclusão desses sujeitos no cenário social, mediante, no mínimo, garantia de efetivo (não meramente formal) acesso à saúde e a cidadania, já que a rede intersetorial não cumpriu seu papel em acolhê-los.

Talvez um dos grandes equívocos do enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS, tenha sido acreditar que o percurso da epidemia aconteceria entre os chamados grupos de risco o que nos levou a tomar o princípio da equidade ao *pé da letra* no trato com a epidemia, acreditando que o HIV não estava para todos e sim para alguns, não garantindo a universalidade¹⁶ como ponto essencial para não exclusão.

¹⁶ O direito que todo cidadão tem de ser atendido por qualquer serviço de saúde, público ou privado, integrante do SUS, sem ter que pagar pelo atendimento.

3.1.1.1.1 Participação e Controle Social¹⁷

A participação dos usuários de drogas nos Conselhos de Saúde, instrumento de efetivo exercício do controle social do SUS, ainda é quase inexistente apesar de já haver participação de alguns trabalhadores da política de Redução de Danos nesses espaços, valendo destacar que a participação da comunidade de uma maneira geral nos Conselhos de Saúde ainda é algo pouco comprometido, motivada, entre algumas questões, pelo fato da Reforma Sanitária ter sido levada a efeito pelos profissionais de saúde, havendo, desse modo, urgência nesse momento de envolver a comunidade nessa nova concepção de saúde.

Um das frentes de lutas, ainda em discussão, no que tange a um dos maiores desafios da Redução de Danos, vinculam-se às questões de sustentabilidade das ações. Para isso, uma, entre as alternativas apontadas, é a inclusão das estratégias de Redução de Danos pelo SUS e a profissionalização e incorporação do redutor de danos aos serviços de saúde.

Digo que ainda está em discussão devido aos inúmeros questionamentos que esta questão suscita para o movimento, dentre elas, o receio de perder sua força política no exercício do controle e participação social e acabar sendo “engolido” pela máquina governamental.

A Reforma Sanitária conforme nos mostra Campos (1992), em sua trípece relação entre universalidade, equidade e integralidade só poderão ser implementadas de forma plena se forem (re) significadas pelos trabalhadores através de suas práticas nas diferentes esferas da gestão e dos serviços de saúde de forma dialética, de forma constante e sempre subsidiada nas discussões e decisões que perpassam a participação e o controle social.

Podemos ainda pensar o quanto a Política Nacional de Prevenção e Tratamento do HIV/AIDS contribuiu para entendermos como essa lógica acima mencionada pode trazer bons frutos no que se refere ao poder de luta e barganha na conquista de seus objetivos. Para isso podemos tomar como exemplo a distribuição dos medicamentos antiretrovirais, garantida pela pressão de grupos interessados na melhora de sua qualidade e expectativa de vida que resultaram no amparo de políticas governamentais.

¹⁷ Entendido com participação social na garantia dos direitos a cidadania, e sua relação com o Estado visa seu controle, ou seja, impedi-lo de transgredir.

Considerações finais: *O que vem sendo feito? Quais as possíveis saídas?*

Se imaginarmos o homem em sua essência enquanto ser inacabado, fica sem sentido determinarmos um conceito de saúde ou de doença, seria como fechar um percurso inacabado e correremos o perigo de não percorrê-lo, ficando assim em uma parte do caminho.

As questões envolvidas na experiência do consumo de drogas estarão interligadas a esse homem inacabado, e ainda conectadas a um emaranhado de fatores sociais e individuais. Sendo importante considerar que os danos decorrentes desse uso não se limitam à saúde individual, mas se estendem à saúde pública de forma mais abrangente, em termos de bem estar no mundo. De acordo como Olivenstein:

O problema da droga não existe em si, mas seria resultado do encontro entre um produto, uma personalidade e um modelo sócio cultural. Isso quer dizer que qualquer pessoa, a qualquer momento pode encontrar um produto tóxico legal ou ilegal, em seu caminho. Toda política de drogas deve levar em conta esses pressupostos. Entretanto, a maioria das pessoas que experimentam drogas uma ou algumas vezes, não se torna doente, o que significa que diante da droga não existe um destino igual para todos. (1994, p.19)

A incorporação das estratégias de Redução de Danos pelo SUS é um processo que requer inovação tecnológica, principalmente no que se refere à clínica ampliada na lógica da Redução de Danos, essa requer escuta qualificada e diferenciada do modelo biomédico e a possibilidade de construções de novas soluções. Tendo como enfoque a questão do uso de drogas, essa nova construção irá nos levar principalmente a incorporação de uma nova atitude, que acaba sendo lenta e gradual, pois precisa ser modificada em vários campos (saúde, educação, justiça, entre outros).

Uma das alternativas que vem despontando é a integração de atividades de RD em determinados serviços que atendem uma clientela semelhante e realiza serviços afins tais como Centro de Testagem Anônima (CTA), Serviços de Assistência Especializada (SAE), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD), mas visivelmente o elemento que constituiu a RD em seu caráter mais intenso e fundamental é o mais ameaçado nesse processo, a figura do redutor de danos, pelas suas especificidades, liberdade e militância, tornam difícil a tarefa de encontrar alternativas para manutenção do seu trabalho, sem que ele seja engessado. Em vários debates constituídos para discutir a temática, muitas são as divergências, uns acham que formalizar esse trabalhador no SUS é perdê-lo na sua condição mais singular, outros acham que esse é um caminho obvio para garantir os trabalhos da RD em consonância e não paralelamente ao SUS.

Muitos redutores de danos vêm fazendo um belo trabalho de militância, porém sem suporte financeiro que lhes dê a possibilidade de continuar os trabalhos que vinham sendo desenvolvidos. Então acabaram ocorrendo perdas significativas na militância, as ONGs de Redução de Danos ficaram enfraquecidas e muitas pararam suas ações, outras fecharam às portas.

Foram feitas diversas discussões sobre a profissionalização do Redutor de Danos, porém poucas respostas e decisões ocorreram. Uma das principais saídas para garantir as ações de RD constituída na possibilidade das Unidades de Saúde assumirem as ações, isso ainda é irreal em alguns locais (Rio de Janeiro, Porto Alegre, Belo Horizonte) e em outras localidades como na cidade de São José do Rio Preto – SP, esse atendimento já vem ocorrendo, com apoio do PRD local.

As parcerias com os Gestores Estaduais e Municipais sempre existiram desde o início das ações através de repasses financeiros transferidos por meio de convênios para realização dos PRD, os outros PRD desenvolvidos em ONGS e Universidades durante o processo de descentralização vem sofrendo intensos baques, mesmo aqueles que têm boa visibilidade e inserção institucional.

Inúmeras alianças que entre os Programas de Ação Comunitária e de Saúde da Família (PACS/PSF) e PRD acontecem em algumas localidades e credenciam assim as ações de RD ao SUS garantindo assim bases de sustentação do trabalho.

Contudo a cada momento aumenta a visibilidade do problema referente à epidemia do HIV entre UDIs (usuários de drogas injetáveis) e cresce a visibilidade e ressonância que a Política de Redução de Danos imprimiu ao processo através de alternativas mais abertas e realistas para lidarem com o fenômeno das drogas. A atuação dos projetos em boa parte do país vem sendo reconhecida e se tornado cada vez mais uma prática legítima.

No atual momento o movimento de RD deposita suas expectativas no trabalho em rede, conforme a carta citada no início desse artigo. Essa rede começa internamente com a organização dos redutores de danos, centrada no protagonismo, na auto-organização, o que antes da política de RD se constituir era um vácuo em meio há tantos preconceitos que silenciosamente carregou de estigma e marginalidade o usuário de drogas, esse muitas vezes se reconheceu nele sob olhar da sociedade, efeito da lógica proibicionista e impressos por meio da mídia, da política, da saúde, da educação e principalmente da justiça.

O I Encontro Nacional de Redução de Danos em Serviço, ocorrido na cidade de Santo André - São Paulo nos dias 26, 27 e 28 de Junho de 2006, objetivou discutir questões

fundamentais da RD para um público de profissionais de saúde da rede pública e OSC¹⁸, com objetivo de colaborar para a implementação da RD no SUS, esse espaço foi essencial para que desafios e dificuldades no que remete a novas possibilidades pudessem ser discutidos e com isso estruturassem novas alternativas e laços entre os atores envolvidos.

No quadro Global da RD, muitos foram os erros e enganos cometidos por nós, mas sem dúvida os acertos estiveram atrelados ao processo de aprendizagem desses enganos. Por um lado sou otimista, porque muito foi conquistado, desde as ações práticas coroadas com êxito até o reconhecimento amplo da proposta de RD em diversos fóruns. Uma das maiores vitórias tem haver com “evitamento” de epidemias pelo HIV/AIDS (BASTOS, 2003), por outro há um quadro desanimador no que tange o futuro da política, instituições terminando por falta de recursos, os trabalhadores, principalmente os redutores de danos, em situação trabalhista ilegal, lideranças morrendo principalmente pela violência atrelada ao mercado ilegal das drogas, mais do que pela Aids, entre outros elementos, que seria preciso escrever um outro artigo para contemplá-los.

Para que o SUS, assim como para que a Política de Redução de Danos, ganhem mais força e “vida” a sociedade civil precisa constituir de fato o processo democrático, onde os Conselhos de Saúde sejam efetivos e participativos, que se constitua de baixo para cima, que as bases tenham direito a voz e não apenas o dever de escutar, que se fortaleça a construção de um Estado participativo através dos espaços públicos, instituindo o diálogo, que viabilize os direitos dos atores sociais e suas construções.

Parece simples, mas a clínica ampliada proposta pelo SUS ainda precisa percorrer um longo caminho, para realmente estruturar uma relação de escuta que possa dar conta primeiramente de si (profissionais de saúde) conseguindo propiciar espaço ao outro (usuária do SUS), estruturando assim uma relação dialogal, onde o profissional de saúde detém um saber parcial que irá se entrelaçar ao saber também parcial do usuário do serviço de saúde, constituindo novas concepções que irão favorecer ambas as partes.

A participação e o controle social precisam encontrar o eco tão almejado pelo SUS, esse processo começa na escuta clínica, onde na maioria das vezes se imputa um lugar de não saber para os usuários do serviço de saúde, dificultando assim uma tomada de consciência de si, base para uma relação favorável com o outro e que conseqüentemente fortalece a participação social. Nesse sentido podemos pensar que usuários ou não usuários de drogas precisam ter voz e espaço para se construírem “senhores” de si mesmo, para poderem lutar em prol da coletividade.

¹⁸ Organização da Sociedade Civil

Sabemos que, para que os usuários de drogas possam protagonizar cada vez mais essa história de luta, é preciso que o terreno esteja cada vez menos hostil e mais apropriado, sendo necessário diminuirmos o abismo que existe entre o usuário de drogas e a sociedade.

Referencias Bibliográficas

BASTOS Francisco Inácio. *In: Redução de Danos e Saúde Coletiva: Reflexões a propósito da experiência internacional e brasileira.* CAMPOS, M.A; SAMPAIO, C.M.A (orgs.). **Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de Redução de Danos.** Rio de Janeiro: Aborda, 2003. pp 11-41.

CAMPOS, G.W. **A Saúde Pública e a Defesa de Vida.** São Paulo: Hucitec. 1994.

CAMPOS, G.W. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde.** São Paulo: Hucitec. 1992.

CAPRA, F. **A Teia da Vida: Uma nova compreensão dos sistemas vivos.** São Paulo: Cultrix, 2006.

CECILIO, L.C.O.; LIMA, M.H.J. Necessidade de saúde das pessoas como eixo: a integração e a humanização do atendimento na rede básica. In: LINHARES, A.L. **Saúde e Humanização: Experiência de Chapecó.** São Paulo: Hucitec, 2000. p.159-182.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: o nascimento da prisão.** Petrópolis: Vozes, 1987.

MALTA, D.C. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto Vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na Rede Pública de Belo Horizonte, 1993-1996.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – DMPS/ FCM/ Unicamp. Campinas, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST e Aids. 2001. **Manual de Redução de Danos.** Brasília: Ministério da Saúde. (Série Manuais, n. 42).

NENDER, C. Atuação dos Conselhos de saúde e seus conselheiros visando a municipalização dos serviços de saúde. In: Brasil, Ministério da /saúde. Projeto Nordeste. Informação, Educação e comunicação (IEC). **Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde.** Brasília: Projeto Nordeste, 1994. p. 38-44

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

SAMPAIO, C.M.A. CAMPOS, M.A.(orgs). **Drogas, dignidade e inclusão social – a lei e a prática de redução de danos.** Rio de Janeiro: Aborda. 2003. p. 11-12.

WODAK, A. Tradução Bastos, F.I. Redução de Danos e programa de troca de seringas. In: BASTOS, F.I; MESQUITA, F, Marques, L.F. **Troca de seringas: Drogas e Aids.** Ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

Obras Consultadas

FURASTÉ, P.A. **Novas Técnicas para o Trabalho Científico e Formação:** Explicação das Normas da ABNT, 14 ed. Porto Alegre, s.n, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**, 2 ed. Brasília, s.n, 2004. (Série B Textos Básicos de Saúde).