

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

BIANCA MENDES DE FREITAS

**A AFIRMAÇÃO DA CIDADANIA POR MEIO DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE
DANOS**

BRASÍLIA - DF
2015

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

BIANCA MENDES DE FREITAS

**A AFIRMAÇÃO DA CIDADANIA POR MEIO DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE
DANOS**

Projeto de Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Prof. Ileno Costa

BRASILIA, DF.
2015

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

Bianca Mendes de Freitas

**A AFIRMAÇÃO DA CIDADANIA POR MEIO DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE
DANOS**

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Avaliador 1 – Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Avaliador 2

BRASÍLIA – DF
2015

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, o comandante da minha vida

Aos colegas do II CESMAD pela parceria aos finais de semana;

Ao meu namorado, João Pedro, pela paciência nos momentos de pouca disponibilidade em função dos estudos;

À minha mãe, pelo incentivo;

Às colegas de trabalho do Caps ad Santa Maria, em especial, Glacy Daiane, pelo incentivo e contribuições.

RESUMO

O presente trabalho consistiu em uma revisão bibliográfica a respeito da complexa relação existente entre os conceitos de cidadania, direitos humanos e as estratégias em Redução de Danos destinadas aos usuários de álcool e outras drogas. A construção do trabalho teve como objetivo demonstrar a possibilidade de uma intervenção terapêutica baseada no respeito aos direitos humanos e a singularidade dos sujeitos, aproximando as diretrizes da Redução de Danos da legitimação das Políticas Públicas sobre drogas, e dos direitos fundamentais expressos pela Constituição de 1988. A partir da ideia de ruptura do paradigma proibicionista da abstinência, este trabalho realizou-se no sentido de elevar as possibilidades do protagonismo do sujeito na sua produção de saúde. A partir da evolução das conquistas no campo dos Direitos Humanos e dos movimentos de Saúde Mental, delineamos a construção de um modelo terapêutico pautado na cidadania. O trabalho consistiu em uma revisão bibliográfica realizada a partir de diferentes fontes de pesquisas, tais como: Piovesan (2004, 2008), Bobbio (2004), Hanna Arendt (1989), Marshall (1967), Nascimento (2009), Amarante (1995), Pacheco (2013), Valerio (2010) e legislações pertinentes ao tema. Depreendeu-se que embora a Redução de Danos seja praticada hoje tanto em Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas quanto no Consultório de Rua, ainda é vista com preconceito pela sociedade, e os usuários ainda vivenciam o estigma. Em contrapartida, a conduta dos profissionais tem buscado romper com esse paradigma, justamente por basearem as suas práticas nos conceitos de direitos humanos e cidadania.

Palavras Chave: Direitos Humanos, Cidadania, Redução de Danos

ABSTRACT

This work consists of a literature review about the complex relationship between the concepts of citizenship, human rights and harm reduction strategies aimed at users of alcohol and other drugs. The construction work aimed to demonstrate the possibility of therapeutic intervention based on respect for human rights and the uniqueness of the subject, approaching the guidelines of the Harm Reduction of legitimacy of Public Policies on drugs, and fundamental rights expressed by the Constitution of 1988. From the idea of rupture of the prohibitionist paradigm of abstinence, this work was held in order to raise the possibilities of the subject's role in the production of health. From the evolution of the achievements in the field of Human Rights and Mental Health movements, we outlined the development of a therapeutic model based on citizenship. The work consisted of a literature review from different sources of research, such as: Piovesan (2004, 2008), Bobbio (2004), Hanna Arendt (1989), Marshall (1967), Birth (2009), Amarante (1995), Pacheco (2013), Valerio (2010) and relevant laws to the topic. It was observed that although Harm Reduction is practiced today in both Mental Health Services alcohol and drugs and Street Office, is still seen with prejudice, and users still experience stigma. However, the conduct of professionals has sought to break this paradigm, precisely because their practices based on the concepts of human rights and citizenship.

Keywords: Human Rights, Citizenship, Harm Reduction

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da imunodeficiência humana
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS adi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil em álcool e outras drogas
CAPS TM	Centro de Atenção Psicossocial em Transtorno Mental
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NOAS	Norma Operacional de Assistência Social
ONU	Organização das Nações Unidas
PIDCP	Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos
PIDESC	Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PNAD	Política Nacional Antidrogas no Brasil
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional Políticas sobre Drogas
RD	Redução de Danos
SPA	Substância Psicoativa
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	9
2.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1.	O avanço no campo dos Direitos Humanos	13
3.	REFORMA PSIQUIÁTRICA E REDUÇÃO DE DANOS	26
3.1.	Reforma Psiquiátrica.....	26
3.2.	A Política de Drogas no Brasil	31
3.3.	Entendendo a Redução de Danos	35
4.	REDUÇÃO DE DANOS: UM CAMINHO POSSÍVEL PARA CIDADANIA	46
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo trata-se de trabalho final para obtenção de título de especialista do Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e outras drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, em parceria com o Ministério da Saúde, e é referente à Redução de Danos sob a ótica dos Direitos Humanos.

Consiste em uma organização de conceitos sobre Direitos Humanos, Redução de danos e Cidadania e articulação entre esses conceitos dentro dos paradigmas da Reforma Psiquiátrica. Faremos uma leitura cronológica dos avanços referentes à questão da Cidadania e da Saúde Mental, sem ter o objetivo de esgotar o assunto dialogaremos com diversos autores a fim de que compreendamos a complexidade do uso de drogas na sociedade atual.

A partir dos eventos internacionais ligados aos Direitos Humanos surgiu a necessidade de se voltar a atenção às questões relativas ao doente mental na sociedade. É um movimento que surge paralelamente a vários outros movimentos de ordem econômica, política, social e cultural em vários países. Dessa maneira, com as atrocidades ocorridas no mundo europeu a partir dos Estados Totalitários foi imposto ao mundo o momento de se repensar os Direitos Humanos concretamente.

Após a Segunda Guerra Mundial e posterior fundação da Organização das Nações Unidas, afirma-se no cenário mundial a universalidade e indivisibilidade dos direitos humanos, sendo a condição humana o único quesito necessário para a cidadania (NASCIMENTO, 2009).

Diante desses questionamentos insurgiram movimentos dentro da sociedade que demandaram espaços para de reflexão sobre o tratamento doente mental. A desospitalização e desinstitucionalização ganharam destaque nesse debate. Segundo (NASCIMENTO, 2009), o modelo de tratamento pautado na institucionalização dos sujeitos era ultrapassado, cronificador e apresentava pouca eficácia terapêutica, além de oneroso e contrário as novas demandas sociais que delineavam novas políticas no cenário mundial.

A reforma psiquiátrica proveniente do movimento sanitário da década de 70 veio romper com o modelo de saúde hospitalocêntrico. Embora tenha sido vinculada ao movimento sanitário, a reforma psiquiátrica tem suas peculiaridades e esteve ligada aos movimentos sociais dos vários segmentos da sociedade direcionados à luta dos direitos dos pacientes portadores de transtorno mental. Segundo documento criado após Conferência de Caracas a Reforma Psiquiátrica significa internacionalmente a superação do modelo de tratamento asilar. Modelo este que era visto como violento, excludente e segregador.

O projeto de lei Paulo Delgado de autoria do deputado com o mesmo nome constitui o marco inicial no Brasil para a substituição dos leitos psiquiátricos pela rede atenção em saúde mental por meio da aprovação de leis. A partir desse projeto de lei delinear-se os Centros de Atenção Psicossocial, os hospitais – dia e Núcleos de Atenção Psicossocial. No de 2001 foi sancionada a lei Paulo Delgado, no entanto com alterações do seu conteúdo inicial, passando então, após sanção, ser chamada de Lei 10.216. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passou a confirmar-se, recebendo maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005).

No ano de 2002 houve destaque para as questões de saúde referentes aos prejuízos decorrentes do uso do álcool e outras drogas. A III Conferência de Saúde Mental foi importante nesse sentido, pois contribuiu para delinear uma política pública voltada para esta problemática. Foram criados os Caps álcool e drogas. A portaria GM/MS nº 336 redefiniu CAPS e os especificou da seguinte forma: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Dentre essas especificações que criou-se o CAPS álcool e drogas direcionado para o tratamento de pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. O tratamento no CAPS tem como base a lógica do território e a rede seguindo a perspectiva de clínica ampliada, oferecendo ao usuário um serviço que o compreenda em sua totalidade tirando o foco da doença. O CAPS ad constitui-se num tratamento aberto para usuários de substâncias psicoativas, de base comunitária direcionado para a reabilitação psicossocial. Oferta a reabilitação pela abstinência ou redução dos danos, proporcionando diminuição dos prejuízos das drogas. Essa modalidade de tratamento não perde de vista a promoção da autonomia de seus usuários, cidadania e empoderamento. As propostas de reabilitação psicossocial passam pelo exercício da autonomia e cidadania visando à inserção de pessoas secularmente estigmatizadas (Dimenstein, Liberato, 2009 apud ALMEIDA, K.S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A.K; 2010).

A partir desse modelo de tratamento substitutivo aos manicômios e com vistas a promoção da cidadania e autonomia do sujeito, surge também como meio de tratamento o programa de redução de danos que iniciou sua proposta com a preocupação na transmissão doenças transmissíveis pelo sangue, mas posteriormente, passa a ser vista essencialmente como uma proposta que de respeito ao tempo e demandas do usuário.

Com base nessa nova modalidade de tratamento advinda da reforma Psiquiátrica e por meio de intervenções cotidianas no CAPS justificou-se a construção desse trabalho. Essa perspectiva motivou a se pensar na articulação dos conceitos de Direitos Humanos e Cidadania com a proposta de redução de danos no âmbito da atual Política de Drogas brasileira.

Orientamos-nos pelo seguinte questionamento: é necessário interromper o uso de drogas para exercitar o direito de cidadão? Assim, em decorrência da comum e unilateral crença de que a abstinência é o único caminho para a reabilitação psicossocial, e que esse deve ser o caminho, propomos uma reflexão sobre o direito de o usuário escolher se quer ou não interromper o uso de substâncias psicoativas. Além disso, referenciamos que a ideia de extermínio das drogas é uma ideologia dentro de um cenário capitalista de alta oferta e existência de demanda. A existência do uso moderado se faz mais congruente, adequado e seguro, no que toca à saúde física e mental, e na dimensão social dos sujeitos.

Assim, reiteramos que este estudo trata-se de uma reflexão que não pretende esgotar o assunto, pois se espera que assim como os Direitos Humanos são construídos, nas palavras de Arendt (1989), acreditamos na possibilidade de construção de alternativas de tratamento em dependência química que não violem os direitos das pessoas. Esse trabalho foi desenvolvido baseado num estudo exploratório, por meio de uma revisão bibliográfica. Segundo Medeiros (2011) a pesquisa bibliográfica é aquela constituída por um processo de aquisição de conhecimento sobre uma dada realidade. Não se pretende com esse tipo de pesquisa a busca pela verdade, mas sim na procura de respostas aos “porquês” abarcados na pesquisa.

Para tanto, foi realizada uma busca sistemática por artigos, livros, leis, cartilhas e dissertações a fim de que fosse possível conhecer as variáveis acerca da temática da redução de danos na perspectiva dos direitos humanos e da cidadania.

O objetivo da pesquisa bibliográfica é “colocar o autor da nova pesquisa diante de informações sobre o assunto de seu interesse” (MEDEIROS, 2011, p. 39). Tem por finalidade estabelecer o contato entre o pesquisador e aquilo que foi escrito, falado ou filmado sobre o assunto em questão. No entanto “a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras” (LAKATOS, 2003, p. 183).

Para construção desse trabalho foram revisadas bibliografias de autores como Marshall (1967), Piovesan (2004), Bobbio (2004), Arendt (1989), artigos científicos,

periódicos, revistas, e dissertações encontradas na internet e na biblioteca da Universidade de Brasília.

2 . FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 - O AVANÇO NO CAMPO DOS DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA

Os temas de cidadania e direitos humanos, embora ainda muito discutidos nos tempos atuais, tem sua origem em séculos passados. A cidadania e os direitos humanos não podem ser analisados separadamente, uma vez que cresceram fundidos ao longo da história. Não é possível pensar em cidadania como um processo linear, determinista, pois ela evoluiu dentro da história numa perspectiva de ausência de direitos (PINSK, 2005). Isto posto, analisemos então, o processo de construção dos direitos do homem e da cidadania na sociedade.

A cidadania teve sua origem na Grécia antiga, sociedade que primeiramente se pensou na possibilidade da igualdade e liberdade perante os homens. No entanto, essa pretensão igualitária de vida na sociedade grega, a cidadania ficou restrita a determinados segmentos, excluindo mulheres, crianças, povos bárbaros e escravos. Depreende-se que já neste momento a visão do homem de cidadania ensejava o que mais tarde seria chamado de Cidadania Regulada por Wanderley Guilherme dos Santos em sua obra “A práxis liberal e a Cidadania Regulada”. Para ele, a cidadania regulada dizia respeito à definição através da ocupação trabalhista definida e reconhecida por lei. A cidadania regulada garantia o estabelecimento de uma categoria de pré-cidadãos e originava um modelo de cidadania que dissociava os direitos políticos e a equivalência jurídica (SANTOS, 1998).

Ao pensarmos no ser humano e sua totalidade nos remetemos ao passado ainda longínquo do surgimento dos Direitos Humanos. Apesar desse afastamento do tempo no que diz respeito ao surgimento das primeiras preocupações com os direitos do homem, como por exemplo, a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1798, presente no Estado francês e a Declaração dos Direitos Humanos no ano de 1948, ainda é bastante atual as discussões que circundam os direitos da pessoa humana.

O momento crucial da história em que a sociedade e as nações se voltaram aos direitos do homem foi no pós-segunda guerra mundial. Segundo Comparato (2001 apud Nascimento, 2009) foi no pós-segunda guerra que as pessoas começaram a tomar conhecimento das barbaridades cometidas nos regimes totalitários da Europa e Ásia e isso ficou entendido que o extermínio em massa de grupos étnicos, raciais e religiosos pelo governo do Estado constituía crime, sendo esses mais violentos que os elencados nas leis nacionais ou internacionais.

Dai nasceu a preocupação em romper com regimes totalitários e excludentes que cometeram atrocidades contra os seres humanos em razão de um grupo que se julgava

superior aos demais. Trouxe à responsabilidade das nações a proteção ao direito do homem e a legitimação de normas internacionais que protegessem e reconhecessem os cidadãos dos estados nação. Constatamos a ideia a partir das palavras de Piovesan (2008)

A partir desse documento, se introduz no contexto mundial a concepção contemporânea dos direitos humanos, marcada pela reconfiguração do conceito de universalidade e pela inédita proposição de uma indivisibilidade do conjunto de direitos relacionados ao conceito de cidadania. A universalidade proposta diz respeito à extensão universal dos direitos humanos sob a crença de que a condição de pessoa humana deva ser considerada como único requisito para sua titularidade, considerando “o ser humano como um ser essencialmente moral, dotado de unicidade existencial e dignidade, esta como valor intrínseco à condição humana” (PIOVESAN, 2008, p.21).

Depreende-se que a carta dos Direitos Humanos constitui-se no marco inicial da universalidade dos direitos. Para Piovesan (2008) a mencionada carta define a “concepção inovadora” da universalidade dos direitos humanos e que sua proteção não deve ser restringida ao poder do Estado, pois sua proteção caracteriza interesse internacional. A autora ainda defende a ideia de que os direitos humanos são indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados, de tal forma que os direitos políticos e civis devem ser conjugados aos direitos sócias, econômicos e culturais.

A ideia de universalidade, internacionalização e proteção aos direitos humanos e o entendimento da centralidade do sujeito nesse processo nos possibilitou compreender a transição da visão de Hobbes , soberania estatal, para a visão de Kant, de cidadania universal. (PIOVESAN, 2004).

Hector Gros Espiell (1986 apud Piovesan, 2004, p.45) ilustra sobre a indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos da seguinte forma

Só o reconhecimento integral de todos esses direitos pode assegurar a existência real de cada um deles, já que sem a efetividade de gozo dos direitos econômicos, sociais e culturais, os direitos civis e políticos se reduzem a meras categorias formais. Inversamente, sem a realidade dos direitos civis e políticos, sem a efetividade da liberdade entendida em seu mais amplo sentido, os direitos econômicos, sociais e culturais carecem, por sua vez, de verdadeira significação. Essa ideia da necessária integralidade, interdependência e indivisibilidade quanto ao conceito e à realidade do conteúdo dos direitos humanos, que de certa forma está implícita na Carta das Nações Unidas, se compila, amplia e sistematiza em 1948, na Declaração Universal de Direitos Humanos, e se reafirma definitivamente nos Pactos Universais de Direitos Humanos, aprovados pela Assembleia Geral em 1966, e em vigência desde 1976; na Proclamação de Teerã, de 1968; e na Resolução da Assembleia Geral, adotada em 16 de dezembro de 1977, sobre os critérios e meios para melhorar o gozo efetivo dos direitos e das liberdades fundamentais (Resolução n. 32/130).

A partir das assertivas acima citadas podemos inferir interdependência existente entre os direitos e a articulação existente entre os termos utilizados pela autora com a dinâmica social a que as populações foram e são submetidas, nos remetendo a uma ideia de movimento desse processo de legitimação dos direitos humanos. Essa ideia de movimento diz respeito à mutação e mudanças ocorridas dentro das sociedades que exigem das legislações alinhamento dentro de seus tempos.

Bobbio (2004) destaca que os direitos nascem quando devem e quando podem nascer. Ele explicitou em sua obra que os direitos não nascem todos ao mesmo, e sim quando o poder do homem sobre o próprio homem aumenta, ocasionando a ameaça sobre suas liberdades, ou que, quando ocorrem essas ameaças surge a necessidade de remédios para limitá-las a fim de proteger as liberdades dos indivíduos. Isso nos convida a refletir acerca das necessidades populacionais quanto aos aspectos culturais, econômicos e sociais. A ausência dos direitos que impulsionam seu nascimento. “Essas exigências nascem somente quando nascem determinados carecimentos”. (BOBBIO, 2004, p. 6).

Eide, Asbjorn; Rosas, Allan (1995 apud Piovesan, 2004) destacaram a ideia de que os grupos vulneráveis devem ser protegidos em seus direitos sociais, econômicos e culturais, e que o compromisso com esses direitos abrange também a integração social, solidariedade e igualdade entre as pessoas. Os autores ainda pontuaram que as necessidades básicas de um segmento da população não poderiam estar submetidas à caridade ou concessões de programas e políticas do Estado, mas sim determinadas como direitos.

Isso nos permite cristalizar o pensamento que o direito é interdependente e indivisível, e é demandado por uma dada população, não podendo ser entendido como uma caridade ou concessão, mas sim como um direito.

Os direitos sociais, culturais e econômicos são direitos fundamentais não integrando somente a Declaração dos Direitos Humanos, mas também outros tratados internacionais, como, por exemplo, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial, a Convenção sobre os Direitos da Criança, a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher, dentre outros (PIOVESAN, 2004).

Em especial na Europa, América e África, paralelamente à integração dos direitos humanos no plano internacional, surgiram os sistemas de proteção de direitos regionais. Isso ocasionou a consolidação dos direitos estabelecidos pela ONU no âmbito regional desses Estados. Os sistemas de proteção global e regional são complementares e inspirados pelos

valores e princípios elencados na Carta Universal, visando unicamente à proteção da vida e da dignidade humana, e a promoção dos direitos fundamentais do homem (PIOVESAN, 2004).

Segundo Lunardi (2011), alguns autores e filósofos como Habermas (1997), Alexy (1999), Carlos Nino (1989), afirmam que os direitos humanos estão estritamente ligados aos princípios morais, que possibilitam a validação do ordenamento jurídico.

Para Hannah Arendt (1989) os direitos humanos eram construídos num processo social, e que a violação dos direitos de um homem consistia na violação de direitos de todos. A filósofa alemã também enfatizou que nenhuma nação tinha o poder de impor sua lei sobre um povo estrangeiro (1989). Valendo do pensamento Kantiano para reforçar as suas ideias, Arendt explicou a concepção de humanidade que fundamentada no direito a ter direitos. Ela se valeu da moral universalista e o pensamento cosmopolita kantiano para compreender o conceito de humanidade e deu a ele uma dimensão política, sugerindo a necessidade de um espaço público internacional para que seja possível o pertencimento a esse espaço de forma que o direito a ter direitos ultrapasse os limites de cada nação (Britto, 2010).

A respeito do pensamento Kantiano, Lunardi (2011) elucidou que o “valor absoluto” atribuído a cada ser humano se deve à capacidade de ele agir sob sua razão prática, e por isto ele é autônomo. Dessa forma, o ser humano sendo sujeito de razão ele apresenta dignidade e não preço. O autor ainda explica que a moral de Kant é a moral da razão prática, pois a razão que possibilita a autonomia do ser humano em sua essência, não necessita estar associada ou pertencida a determinada comunidade, mas por ser sujeito de uma razão incondicional.

O pensamento Kantiano delineou os direitos como direitos inatos a todo e qualquer ser humano em virtude da sua humanidade ou natureza racional que lhe possibilita a liberdade, fundamento da moralidade (Lunardi, 2011).

Para Pérez Luño (1988) o reconhecimento dos direitos humanos é o seu caráter universal e não excludente no reconhecimento como ser humano e que esses direitos não são mais apenas destinados a estamentos sociais, mas sim estendidos a todos os seres humanos.

O desenrolar da história permite nos elencar momentos da sociedade em que foram propostas legislações, Cartas e Pactos a fim de que se legitimassem e materializassem os direitos. Feitosa (2006) nos apresentou em seu estudo alguns desses momentos. São eles:

- A Declaração Americana de Direitos do Homem (1776) e a Declaração Francesa de Direitos do Homem e do Cidadão (1789), de fins do século XVIII;
- A Declaração dos Direitos do Povo Trabalhador e Explorado, da Rússia, de 1917, e a criação da Organização Internacional do Trabalho (Conferência de Washington, 1919);

- A Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948;
- O Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (PIDCP);
- O Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC);
- A Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento, adotada pela ONU, em 1986.

A relevância desses avanços legais no plano internacional dos direitos humanos podem ser firmados a partir do seguinte trecho da obra “Temas de Direitos Humanos: “Esses instrumentos internacionais acabaram por alargar as tarefas do Estado, incorporando fins econômicos-sociais positivamente vinculantes das instâncias de regulação jurídica. “A política deixa de ser concebida como um domínio juridicamente livre e desvinculado” (PIOVESAN, 2010)

Esses momentos e documentos históricos serviram de base para várias constituições de estados democráticos, dentre eles o Brasil, com a Constituição de 1988. A chamada Constituição Cidadã se alinha a carta dos direitos humanos quando traz como seus objetivos

“construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”. Como fundamentos do Estado democrático de Direito, o texto constitucional afirma a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político. Os direitos sociais incluem educação, saúde, moradia (o direito à moradia é conquista recente, tendo sido incluído pela Emenda Constitucional nº 26, de 14/02/2000), trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados (art.6º) (FEITOSA, p. 41, 2006).

O processo de construção dos direitos no Brasil se diferenciou no fato de ter apresentado uma população que não lutou inicialmente por direitos trabalhistas, nem liberdades civis e políticas que lhes foram negadas, nem mesmo uma revolução burguesa. Uma característica desse processo no Brasil foi a luta contra a subjugação dos direitos individuais e políticos. Atualmente, no que toca aos direitos de terceira geração, o Brasil apresenta papel de destaque “De todas as gerações de direitos, podemos dizer que, do ponto de vista da incorporação constitucional de reivindicações sociais, o Brasil é um bom exemplo de uma carta constitucional que incorporou a repersonalização das relações civis e a luta pela cidadania democrática” (FEITOSA, p. 41, 2006).

Considerando a discussão acerca da evolução dos direitos é imprescindível que se discorra também sobre o conceito de cidadania a fim de se realçar os acontecimentos e o entendimento acerca do tema.

A partir da luta pelos direitos humanos o ponto de chegada seria a efetivação da cidadania. Esta, por sua vez, em tempos passados, não apresentava, assim como os direitos, caráter universal, pois estava disponível para apenas um grupo de pessoas. Damatta (1997, p.49) confirma essa ideia “Dentro da dinâmica política específica da Europa Ocidental, o conceito da cidadania foi um instrumento poderoso para estabelecer universal como um modo de contrabalançar e até mesmo acabar e compensar teia de privilégios que se cristalizavam em diferenciações e hierarquias locais”.

Entendendo os direitos humanos e a cidadania a partir de uma perspectiva histórica, depreendemos que a cidadania sofreu ao longo transformações em suas dimensões formais e práticas analisadas por diversos estudiosos do tema (NASCIMENTO, 2009).

Marshall (1967) introduziu no campo sociológico a divisão do conceito de cidadania em três partes a que ele denomina elementos. Para o autor a cidadania era dividida em elementos civis, políticos e sociais. O primeiro consistia nos direitos que são imprescindíveis à liberdade individual; o segundo diz respeito à participação no campo político; e o terceiro e último referia-se ao direito de acesso ao mínimo de bem estar econômico, ter o direito de participação assegurado de forma que se possibilitasse levar uma vida dentro dos padrões da sociedade vigente. Os direitos relacionados à liberdade eram os direitos civis, indispensáveis à vida, à igualdade de oportunidades e à propriedade. Esses direitos estavam relacionados às lutas do liberalismo clássico dos séculos XVII e XVIII constante nas obras de Jhon Locke, Stuart Mill, Benjamin Constant e Tocqueville. Os direitos políticos foram identificados como sucessores aos direitos civis, apresentando seu apogeu na Revolução Francesa, expandindo com a consolidação do direito ao voto nos séculos XIX e XX. No entanto, o autor chama a atenção para a cidadania exercendo uma legitimação da desigualdade social, que se aproxima dos problemas da atualidade, onde a cidadania é condicionada a um status que é concedido àqueles que são denominados parte de uma comunidade. Os direitos sociais encontraram nas contradições do capitalismo a necessidade de superar e substituir aquela ordem econômica. A constituição desses direitos explicados por Marshall, nas palavras de Nascimento (2009) a construção desses direitos se fez num palco de luta de classes.

Marshall (1967) considerou que a cidadania era um status concedido a membros de uma determinada comunidade, na qual havia uma delimitação desse status. Nessa sociedade, os membros que possuíam esse status eram considerados como livres e iguais ao que se relacionam direitos e deveres, de acordo com a comunidade na qual estava inserido, uma vez que o contexto histórico-político.

Curiosamente, esse status era seletivo na medida em que ele abrangia apenas os homens adultos, excluindo desse processo mulheres e demais estratificações da população e estava estritamente ligado a um perfil econômico.

Marshal (1967) analisa ainda que os direitos civis foram os propulsores daqueles que se seguiram, e que foram esses direitos, fundamentados nos ideais de liberdade e igualdade que concederam o status de cidadania.

Bobbio (2004) define os direitos civis políticos como de primeira geração, enquanto os sociais como de segunda geração, agregando a eles os direitos novos direitos, como ecológicos, caracterizando-os como de terceira geração.

A obra de Marshall exibiu uma linha do tempo do desenvolvimento da cidadania na Inglaterra afirmando que os direitos civis foram os primeiros a surgirem naquele país no século XVIII, posteriormente, os direitos políticos no século XIX e por último, os direitos sociais no século XX.

Carvalho (2002) em seu estudo fez uma comparação entre o Brasil e a Inglaterra no desenvolvimento da cidadania em relação à cronologia e sequencia ancorado no trabalho de Marshall. De acordo com o autor no caso do Brasil os direitos sociais estiveram à frente dos demais direitos e ocorreram de forma inversa ao caso da Inglaterra. Além de na Inglaterra o desenvolvimento da cidadania ter se efetivado de forma diferente ao Brasil, naquele país a educação popular foi introduzida possibilitando ao povo o conhecimento sobre seus direitos e a luta por eles. A educação popular era entendida como um instrumento de expansão de outros direitos. A construção da cidadania no Brasil não seguiu uma sequencia linear e ordenada, e sim apresentou caminhos por vezes controversos, lentos, retrógrados, e também moldados pelo contexto vivenciado naquele período. A cidadania de um país é construída a partir da relação que se estabelece entre seu povo e o governo.

Delgado (2008) fez menção à constituição da cidadania no Brasil e relata que a nesse país como nos demais países latino-americanos a formação da cidadania esteve relacionado à construção do Estado Nacional independente.

Segundo Oliveira (2008) o conceito de cidadania é abstrato, plural de significados e uma construção histórica que se modifica ao longo do tempo atendendo as necessidades do contexto em que está inserida.

Nascimento (2009) em concordância ao pensamento acima mencionado entendeu que a cidadania não é um conceito fechado, mas sim histórico passível de sofrer modificações no tempo e espaço, sobretudo, pelos direitos e deveres que distinguem os cidadãos em cada momento histórico – cultural e sócio-político.

A ideia de que a cidadania é produto histórico nos levou a entendê-la numa complexa rede de interações entre correntes, doutrinas, pensamentos, relação entre Estado e sociedade e cultura, e por esse motivo está atrelada a contextos específicos da evolução da civilização humana. Além disso, a cidadania carrega em si a particularidade teleológica do ser humano, que é a busca da transformação do seu presente. Nesse processo histórico, a contradição e os conflitos se fez importante como meio de estimular a busca por novos horizontes que enfatizassem a liberdade ou a igualdade (DELGADO, 2008).

Para Arendt, a cidadania vem para o sujeito a partir da ruptura da vida doméstica em função da vida pública “A notável coincidência da ascensão da sociedade com o declínio da família indica claramente que o que ocorreu na verdade foi a absorção da família por grupos sociais correspondentes”. A filósofa alemã expõe ainda a indissociação do sujeito e da vida pública, o que o torna igual aos demais. Para ela a vitória da igualdade na modernidade nada mais é que o reconhecimento político e jurídico da conquista da esfera pública pela sociedade e que o que os distingue são as questões das vidas privadas de cada sujeito.

O conceito de cidadania para Arendt consistia no “direito a ter direitos”, afirmado nas palavras de Lafer (1997):

a cidadania concebida com o "direito a ter direitos", pois sem ela não se trabalha a igualdade que requer o acesso ao espaço público, pois os direitos – todos os direitos – não são dados (physei) mas construídos (nomoi) no âmbito de uma comunidade política; (LAFER, 1997, p. 65)

Arendt em “As origens do Totalitarismo” discorre que o problema não decorre de os sujeitos serem privados de direitos, mas sim de não existirem leis para eles.

Por outro lado, esses direitos podem ser concedidos (se não usufruídos) mesmo sob condições de fundamental privação de direitos. A calamidade dos que não têm direitos não decorre do fato de terem sido privados da vida, da liberdade ou da procura da felicidade, nem da igualdade perante a lei ou da liberdade de opinião — fórmulas que se destinavam a resolver problemas dentro de certas comunidades — mas do fato de já não pertencerem a qualquer comunidade. Sua situação angustiante não resulta do fato de não serem iguais perante a lei, mas sim de não existirem mais leis para eles; não de serem oprimidos, mas de não haver ninguém mais que se interesse por eles, nem que seja para oprimi-los (ARENDR, 1989,p. 329)

A ideia de cidadania não nasceu no mundo moderno. As primeiras ideias referentes à cidadania datam dos séculos V e IV antes da era crista na sociedade grega, quando a população tinha participação ativa na esfera pública contribuindo para a formação do governo. Com base nessa ideia que Aristóteles formulou o conceito de cidadania como

sendo uma sociedade onde o cidadão tem o direito e dever de contribuir na constituição do governo e participação ativa nas decisões que cabiam ao bem coletivo. No entanto, esse conceito estava aquém de uma dimensão universal e igualitária. A universalidade e igualdade são fatores que surgiram na modernidade, quando a ideia de direitos ultrapassava a dimensão dos direitos políticos, contrariando o conceito da sociedade grega (COUTINHO, 1999).

Damatta (1997) discutiu em seu estudo a cidadania referente à ideia de indivíduo e no sentido universal e como isso é vivido e percebido dentro da sociedade, principalmente no espaço brasileiro. O autor assinalou que há muito que se construir em cidadania no Brasil, uma vez que a cidadania para se efetivar depende do espaço em que o sujeito está inserido “Não há dúvida de que fica cada dia mais complicado viver numa sociedade onde se tem umacidadania em casa, uma outra no centro religioso e outra ainda – essatremendamente negativa - na rua.”(DAMATTA, 1997, p. 12)

No seu estudo, Damatta teceu críticas ao modelo de cidadania brasileiro, pois segundo ele, a cidadania brasileira se dá mais no plano jurídico-político-moral, quando deveria estar mais associado ao plano sociológico. A partir disso, ele explicou que a precariedade da cidadania no Brasil está vinculada à convivência da sociedade brasileira com dois tipos de orientações: a primeira de tradição centralizadora e tomista, e a segunda, de traição liberal e individualista.

E aqui temos, de saída, um problema interessante porque, se a "cidadania" tem uma história, ela é um papel social. Mas que papel social é esse que a discussão de caráter político, freqüentemente moralizante e normativa, não deixa perceber? Neste sentido, é importante acentuar que as discussões em torno da noção têm sido sempre de caráter jurídico-político-moral, quando ela também comporta uma dimensão sociológica básica, já que ser cidadão (e ser indivíduo) é algo que se aprende, e é algo demarcado por expectativas de comportamento singulares. O que é de veras extraordinário aqui é o grau de institucionalização política do conceito de cidadão (e de indivíduo), que passou a ser tomado como um dado da própria natureza humana, um elemento básico e espontâneo de sua essência, e não um papel social. Ou seja: algo socialmente institucionalizado e moralmente construído. (DAMATTA, 1997, p. 46)

Continuando o pensamento desse autor ele colocou categoricamente em seu trabalho que a cidadania deveria ser uma identidade social de caráter universal, igualitário que romperia com as segmentações sociais e as fronteiras estatais.

Outra análise acerca da construção da cidadania brasileira foi o precário envolvimento da população brasileira diante da hegemonia das elites na condução da cidadania no país (DELGADO, 2008).

Nesse tempo de intensas mudanças e transformações, onde o futuro é o lugar estranho, o direito não pode estar restrito unicamente às normas e ordenamentos jurídicos. É necessário afastar os conceitos de cidadania e inclusão social e buscar a efetivação dos valores universais (ARCELO, 2008).

Foucault (1995 apud Arcelo, 2008) desenvolveu o pensamento a partir das tecnologias de subjetivação que possibilitam aos sujeitos de direito uma relação entre seu conhecimento, poder (político), e sua individualidade (ética e subjetivação) desdobrando-se em construções socioculturais. Essa dinâmica enseja uma complexa relação de poder que transcende o poder político juridicamente institucionalizado, e que se materializa na efetivação do Estado democrático de direito. No entanto, Foucault expõe que essas tecnologias podem se materializar de duas maneiras: na liberdade dos sujeitos ou na sua dominação pelo Estado. Arcelo (2008) considera que para haver efetivação dos direitos humanos no Brasil a ética deveria ser o guia desse processo.

A indagação sobre o que deve ser o sujeito de direitos e como ele vive na sociedade brasileira é um meio eficaz para a materialização do discurso dos direitos humanos no Brasil. Isso criaria possibilidades para a resignificação da ética, norteadora, desse processo, e acima colocada como jogo estratégico entre as liberdades e utilizada como tecnologias governamentais. Considerando a complexidade das sociedades atuais, as relações de poder estabelecidas, na perspectiva do Estado democrático de direito, devem visar à liberdade de autoconstituição dos sujeitos de direito (ARCELO, 2008).

Coutinho (1999) considerou que o processo dinâmico e antagônico da modernidade beneficiou o aprofundamento, ampliação e universalização da cidadania, pois se tratou de um processo contraditório, contido de avanços e recuos. No entanto, ele pontuou que a modernidade ainda é responsável pela efetivação da universalização da cidadania e construção de uma sociedade democrática e socialista segundo Marx e Engels.

A historicidade dos direitos da cidadania demanda que as conquistas alcançadas ao longo do tempo não podem se tornarem estáticas e isentas de novas mudanças e ampliação desses direitos. “Se é verdade que diversos direitos podem e devem ser explicitamente resguardados constitucionalmente, é indispensável que o catálogo daí resultante não se converta em poderoso obstáculo constitucional à incorporação de novos direitos” (Santos, 1979 apud Delgado, 2008).

A possibilidade da construção dos direitos humanos e da cidadania no campo social teve como valor central a liberdade e autonomia dos sujeitos como ponto central. A autonomia dos indivíduos se faz pela ruptura da dependência e limitações impostas a uma

população. Diante disso, nos é posto a necessidade de discorrer sobre o conceito e o valor da autonomia dos sujeitos na sociedade.

Segundo Santos *et al.* (2000) a palavra autonomia originada do vocabulário grego significa a capacidade de um sujeito em se autodeterminar e auto-realizar. Para esses autores os estudos a respeito da autonomia ainda são recentes e se restringem à autonomia na escola, operária e institucional. Em sua pesquisa, os colaboradores discorrem sobre a autonomia no campo da saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica. A autonomia do paciente psicótico foi o alvo central do seu trabalho. Os autores investigaram como foi possível a promoção da autonomia de sujeitos estigmatizados e destituídos de valor dentro da sociedade. O trabalho foi conclusivo no sentido de considerar que a promoção da autonomia dos sujeitos é eficiente na melhora dos pacientes psicóticos, no entanto, nos serviços de saúde mental tem sido aplicada a vertente de pensamento que os sujeitos psicóticos não possuem condições de atingir esse patamar. Ao final do estudo, os autores demonstraram que na delimitação do espaço onde foi realizada a pesquisa, um Centro de Atenção Psicossocial, os servidores têm realizado atividades de cunho integrador social e de reconhecimento de habilidades que possibilitam aos sujeitos saírem do lugar de loucos para sujeitos de direitos.

A autonomia não pode deve ser entendida como auto suficiência ou independência. Segundo Babinski (2004)

(...) não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos nós, a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: depende excessivamente apenas de poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. "Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas formas, novos ordenamentos para a vida (BABINSKI, 2004, p. 572)

Para o exercício da autonomia é necessária a proteção dos direitos e a capacidade de realizar escolhas.

A autonomia exhibe uma longa tradição permeada pela conquista dos direitos humanos e da cidadania. Dessa maneira, Fleury *et al.* (2008) conceituou da seguinte maneira:

A idéia de autonomia (auto= próprio, nomos= norma, regra, lei) conduz o pensamento imediatamente à idéia de liberdade e de capacidade de exercício ativo de si, da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações e às possibilidades e capacidades para construir sua trajetória na vida. Não é difícil localizarmos aqui traços do conceito clássico de felicidade na tradição filosófica grega, que identifica a perspectiva da eudaimonia (felicidade, boa fortuna ou equilíbrio, excelência (eu) de sua potência (daimon) com a capacidade do indivíduo para decidir sobre suas próprias ações. Esses são, de fato, valores genericamente propostos nas grandes

tradições morais da antiguidade e adensados no estoicismo e epicurismo. Sintetizam-se, enfim, na prescrição: "sê senhor de si".

Essa transcrição tem forte relação com o fortalecimento dos direitos humanos e a efetivação da cidadania na perspectiva dos direitos fundamentais. Além disso, essa assertiva pode ser entendida como ideologia fundamental e universal das sociedades capitalistas, e apregoa a liberdade então conquistada e estendida à toda a sociedade capitalista.

Segundo Lunardi (2011) Kant elaborou o conceito de autonomia como a base da ação moral, a capacidade que cada ser humano tem de se impor restrições morais. O filósofo alemão analisou que se ação do homem é em consonância com seus desejos e inclinações ele apenas respondendo as suas necessidades físicas, assim como o fazem os animais, isso não corresponde à liberdade e nem expressa valor, pois somente há autonomia e liberdade a partir da utilização do raciocínio moral conferido aos seres humanos (LUNARDI, 2011).

Ferreira (2008) afirma que a satisfação dos direitos civis e políticos não são suficientes para o exercício das liberdades individuais e autonomia e, por conseguinte da cidadania e participação social, pois coloca a margem o princípio da igualdade. A autora sugeriu que numa sociedade pautada pela desigualdade social é necessária a garantia de da satisfação das necessidades humanas dos grupos vulneráveis, e isso deve visar à liberdade individual do sujeito.

Pereira (2002 apud Ferreira, 2008) baseou-se nos estudos de Dyal e Gough e afirmou que existem dois conjuntos de necessidades básicas que são imprescindíveis aos seres humanos. Um diz respeito às necessidades básicas objetivas, e o segundo, às universais; necessidades essas que devem ser supridas simultaneamente, ou trariam significativos prejuízos aos indivíduos. Esses dois conjuntos são a saúde física e autonomia “para que as necessidades básicas sejam satisfeitas, tanto a saúde física quanto a autonomia têm de ser atendidas”.

Ferreira (2008) explicou que a autonomia se relaciona à capacidade de as pessoas escolherem seus objetivos e se responsabilizarem pelas próprias decisões e ações.

A autonomia dos sujeitos lhes proporcionam empoderamento, e este por sua vez ocasiona o alargamento da autonomia e da liberdade, promovendo a emancipação dos indivíduos (Kleba e Wendausen, 2009). Esse movimento, no sentido de empoderar as pessoas, cria nos sujeitos a renúncia do estado de tutela e dependência, deixando o lugar de sujeito passivo para ativo, que tem o poder de se autodeterminar, lutar por si e um por um grupo e decidir sobre sua própria vida Heringer (2006a apud Ferreira, 2008).

A cidadania depende de algumas variáveis, em sem o exercício da autonomia no nosso habitat, rede social e trabalho, se há algo contra essas variáveis, não há favorecimento da construção da cidadania (Saraceno, 1999).

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (BRASILIA, 2013) a Constituição Federal Brasileira de 1988 diz que a dignidade da pessoa humana foi entendida como fundamento do Estado brasileiro, e como tal, o eixo norteador de todo ordenamento legal. A dignidade dos sujeitos expressa, principalmente, a autonomia de todas as pessoas, independente de quaisquer rótulos ou contingências, proporcionando aos indivíduos a capacidade de decidirem por sua própria vida, com todos os ônus referentes a isso. Nesse sentido, a liberdade também inerente ao sujeito a partir da sua autonomia, é legalmente resguardada pelo Estado brasileiro, e nenhum cidadão poderá ser privado da sua liberdade sem o devido processo legal preestabelecido pela Carta Magna. Dessa maneira, todo cidadão tem o direito de conhecer as leis que podem cercear sua liberdade e os meios de promover a sua defesa.

3 - REFORMA PSIQUIATRICA E REDUÇÃO DE DANOS

3.1 - REFORMA PSIQUIATRICA

É importante contextualizar o processo de evolução da saúde mental no Brasil, haja vista, podermos compreender e entendê-lo a partir das conquistas alcançadas pelos direitos humanos e efetivação da cidadania.

Em consequência dos eventos internacionais ligados à ideia de Cidadania, Autonomia e Liberdade, surgiu a necessidade imprescindível de se voltar olhares às questões relativas ao doente mental na sociedade.

No período pós-segunda guerra mundial, e final da década de 70 insurgiram os movimentos sociais e nesse momento, esses movimentos correspondentes à saúde mental buscaram espaço a fim de promover mudanças, principalmente no tocante às instituições asilares de na saúde mental. A busca de reforma centrava-se em propor novas modalidades de tratamento com vistas a melhor eficácia da terapêutica dos doentes mentais, e questionamentos da hegemonia do saber médico psiquiátrico. Havia certa analogia entre a instituição asilar e a forma de tratamento aos campos de concentração nazistas, onde as pessoas viviam confinadas, segregadas, e submetidas a diversas formas de violência (Nascimento, 2009).

A partir dessa semelhança das instituições aos campos de concentração dos regimes totalitários foi se delineando um consenso na sociedade que já sentia o imperativo de reformulação do tratamento psiquiátrico, uma vez que a modalidade vigente já não cumpria seu objetivo de tratamento, mas sim de cronificação e agravamento das doenças mentais e da exclusão desse grupo (Nascimento, 2009).

É um movimento que surge paralelamente a vários outros movimentos de ordem econômica, política, social e cultural em vários países e também no Brasil. Era imposto aos legisladores o momento de se repensar os Direitos Humanos concretamente. Segundo Correia (2006), outros movimentos aconteciam concomitantes ao movimento antimanicomial

Nas décadas de 1970-80 no Brasil, ao lado das lutas sindicais, surgiram novos movimentos sociais que lutavam contra as discriminações ao negro, às mulheres, aos homossexuais e a outros grupos vulneráveis. Um desses movimentos foi o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que se iniciou na década de 1970, a partir da discussão acerca das características da assistência psiquiátrica oferecida nos manicômios às pessoas com transtorno mental no Brasil. Importante

ressaltar que, naquele momento, diversos setores da sociedade brasileira se mobilizavam em torno da democratização do país. (CORREIA, 2006, p. 84)

Após a Segunda Guerra Mundial e a fundação da Organização das Nações Unidas, afirma-se no cenário mundial a universalidade e indivisibilidade dos direitos humanos, sendo a condição humana o único quesito necessário para a cidadania (NASCIMENTO, 2009). Essa conjuntura internacional suscitou uma releitura de instituições agora comparadas aos campos de concentração dos regimes totalitários.

Esses questionamentos ocasionaram a insurgência de movimentos na sociedade, e abriu-se espaço para se refletir acerca do doente mental. Aparecem como principais propostas a desospitalização e desinstitucionalização do doente mental. Segundo (NASCIMENTO, 2009 p.13),

O modelo asilar passou a ser representado como um modelo superado, cronificador e inadequado do ponto de vista terapêutico, além de dispendioso e apresentando distorções em relação ao projeto político nacional que então se delineava (NASCIMENTO, 2009 p.13).

Assim, isso significa uma desconstrução de um modelo de tratamento excludente, violento e cerceador de direitos. Significa a necessidade de práticas profissionais éticas, humanizadas e protetoras de direitos. A desospitalização e desinstitucionalização não se trata de uma desresponsabilização com a doença do portador de transtorno e nem de uma devolução dele para a sua família, mas sim de um tratamento que leve em consideração a existência e o contexto de vida do doente. Amarante (1995) foi ímpar em difundir a seguinte ideia a respeito do tema:

Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo (AMARANTE, 1995, p. 493-494).

Dessa maneira, era um movimento que vinha em consonância com o fortalecimento dos conceitos de cidadania e direitos do ser humano.

A reforma psiquiátrica proveniente do movimento sanitário da década de 70 veio romper com o modelo de saúde baseado nos hospitais psiquiátricos. Apesar de estar vinculada ao movimento sanitário, a reforma psiquiátrica tem características próprias estando fortemente ligada aos movimentos sociais dos vários segmentos da sociedade com vistas à luta dos direitos dos pacientes com transtorno mental. De acordo com o documento intitulado Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, a reforma psiquiátrica no panorama internacional busca a superação do modelo de violência asilar (BRASIL, 2005).

Nessa conjuntura de lutas dos diversos movimentos sociais, permeados pelas ideias de redemocratização do país e afirmação dos direitos humanos universais aconteceram baseados em movimentos de reestruturação da psiquiatria em outros países como Itália, Inglaterra, França e Estados Unidos, onde o processo foi guiado pelas ideias de pensadores como Foucault, Basaglia, Goffman, Castel etc (NASCIMENTO, 2009).

A experiência italiana no campo da saúde mental promovida em favor da desinstitucionalização dos doentes mentais e a ferrenha crítica ao modelo manicomial serviram de inspiração para rupturas de paradigma no Brasil, e possibilitando o surgimento de uma rede de cuidados substitutiva aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

No ano de 1978, em meio à redemocratização do Brasil, surgiu no Rio de Janeiro, o movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM) que posteriormente, foi o protagonista pelas lutas em busca da transformação na saúde mental. O MTSM atuou nesse processo para além de um movimento de cunho trabalhista para de cunho democrático e proposto a consolidar a cidadania do doente mental, que vivia enclausurado e tutelado (ALMEIDA, K.S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A.K. 2010). Esse movimento foi o responsável por iniciar o questionamento das práticas psiquiátricas no Brasil, visando estabelecer a inversão da institucionalização do doente mental. O lema desse movimento era “por uma sociedade sem manicômios”, que conclamava a sociedade a se envolver nesse debate (AMARANTE, 1995).

A ampliação desse debate em torno da loucura e da psiquiatria possibilitou a participação de saberes científicos para além da medicina e da psiquiatria, tais como a sociologia, a antropologia e o direito, que definiram conceitos, leis e diretrizes que passaram a

orientar a formulação de políticas, leis e novas práticas profissionais na terapêutica dos pacientes da saúde mental (NASCIMENTO, 2009).

No ano de 1989 aconteceram dois fatos importantes no movimento da reforma. O primeiro diz respeito ao fechamento da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, que após intervenção deu-se início a substituição do tratamento em casas psiquiátricas pelos Centros de Atenção Psicossocial. A cidade de Santos foram implantados os Núcleos de Atenção Psicossocial que funcionavam 24 horas, a seguir foram implantadas as residências terapêuticas com a finalidade de acolher as pessoas vindas dos hospitais psiquiátricos. Assim, o município de Santos inicia o processo de demonstração que ruptura do paradigma hospitalocêntrico era possível (NASCIMENTO, 2009).

O segundo fato foi o projeto de lei Paulo Delgado, em 1989, que constituiu o marco inicial para a substituição dos leitos psiquiátricos pela rede atenção em saúde mental por meio da aprovação de leis. Era o momento de da reformulação da saúde mental no âmbito legislativo (BRASIL, 2005).

A partir dali delinear-se os Centros de Atenção Psicossocial, os hospitais – dia e Núcleos de Atenção Psicossocial. Em 2001 foi sancionada a lei Paulo Delgado com modificações, sendo então aprovada a Lei 10.216 em 06 de abril de 2001. Foi no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passou a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Amarante (1995) demonstra em seu estudo que as transformações em saúde mental ocorridas no Brasil suscitaram Manuel Desviat, importante psiquiatra europeu, discorrer em um capítulo do seu livro “La Reforma Psiquiatrica” acerca desse movimento no país, considerando-o um dos mais “frutíferos, promissores e vigorosos processos de transformação no campo da saúde mental e da psiquiatria”.

Os movimentos sociais movidos pela Lei Paulo Delgado se espalharam pelos vários estados da federação proporcionando a aprovação de leis que visavam à substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de saúde. Nesse momento, o Ministério da Saúde se posicionou a favor da reforma psiquiátrica delineando as diretrizes propostas pelo movimento. A assinatura da Declaração de Caracas pelo Brasil e realização da II Conferência de Saúde Mental foram importantes pontos para a construção das primeiras leis federais que normatizaram os serviços de atenção diária como NAPS, CAPS e hospitais dia (BRASIL, 2005).

Apesar desses avanços os Caps e Naps foram instalados de forma descontínua. Embora houvessem regulamentações no sentido da implantação da rede de atenção diária, não havia direcionando de recursos destinados aos Caps e Naps, enquanto ainda 93% do financiamento estava direcionado aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

No ano de 2001, momento em que foi sancionada a Lei Paulo Delgado, com posteriores alterações com a Lei 10.216, houve redirecionamento da assistência na saúde mental, dispondo pela proteção e tratamento das pessoas portadores de transtornos mentais baseada nos serviços de base comunitária (BRASIL, 2001).

Foi em 2002 que os prejuízos decorrentes do uso do álcool e outras ganharam relevância no cenário nacional a partir da III Conferência de Saúde Mental delineando assim, uma política pública voltada para esta problemática. Essa assertiva fundamenta-se nas seguintes palavras:

A saúde pública, até o início do século XXI, não realizava ações sistemáticas para tratamento e prevenção do uso e abuso de substâncias psicoativas. Contudo, a partir da Lei nº 10.216, do dia 6 de abril de 2001, originária do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, se reafirmaram os princípios e diretrizes do SUS garantindo-se serviços de saúde mental às pessoas com transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (DELGADO, CORDEIRO, 2011 apud PACHECO, 2013, p. 23).

Foram criados então os Caps álcool e drogas. A portaria GM/MS nº 336 redefiniu CAPS e os especificou da seguinte forma: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Foi nessa portaria que foi definido o CAPS álcool e drogas direcionado para tratamento de pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. O tratamento no CAPS tem como base o território e a rede numa perspectiva de clínica ampliada, não reduzindo o usuário apenas à doença, mas oferecendo um serviço que o compreenda em sua totalidade. “Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata” (AMARANTE, 1995).

O CAPS ad constitui-se num tratamento aberto para usuários de álcool e outras drogas, de base comunitária com vistas à reabilitação psicossocial, redução dos danos advindos do uso prejudicial de drogas, com vistas à promoção da autonomia de seus usuários, cidadania e empoderamento. As propostas de reabilitação psicossocial passam pelo exercício da autonomia e cidadania visando à inserção de pessoas secularmente estigmatizadas (Dimenstein, Liberato, 2009 apud ALMEIDA, K.S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A.K; 2010).

O CAPS tem por objetivo disponibilizar atendimentos de atenção diária, com a finalidade de impedir as longas internações em hospitais psiquiátricos, promover a cidadania, a reinserção social e a autonomia dos portadores de transtornos mentais. Essas ações devem ser realizadas intersetorialmente, uma vez que o Caps constitui o papel de regulador e articulador da rede de atenção em saúde mental (BRASIL, 2005).

Dessa maneira, observa-se que o Caps não se apresenta como complementar ao hospital psiquiátrico, mas sim como um substituto, uma vez que prima pelo direito ao tratamento de saúde, da convivência comunitária e familiar, com vistas ao fortalecimento dos laços dos usuários dentro dos seus territórios e reabilitação psicossocial. “De fato o Caps é onúcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento” (BRASIL, 2005). Em relação à reabilitação psicossocial podemos dizer que

[...] significa fundamentalmente um processo de remoção de barreiras. De barreiras que impedem a plena integração de um indivíduo na sua comunidade e de barreiras que impedem o pleno exercício de seus direitos, da sua cidadania. (Bertolote, 2001, p.156 apud Valerio, 2010).

A partir desse modelo de tratamento substitutivo aos manicômios e com vistas a promoção da cidadania e autonomia do sujeito, surge também como meio de tratamento o programa de redução de danos que iniciou sua proposta com a preocupação na transmissão de doenças transmissíveis pelo sangue, mas posteriormente, passa a ser vista essencialmente como uma proposta que de respeito ao tempo e demandas do usuário. Segundo Valerio (2010) além do Caps dever disponibilizar atendimentos a indivíduos com transtornos mentais, é também sua competência esse mesmo atendimento a indivíduos com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas e seus familiares a reabilitação psicossocial na ótica da redução de danos. Isto porque o tratamento deve considerar as particularidades de cada sujeito, e o acolher dentro em sua demanda na perspectiva de cuidado, buscando construir com ele e não impor o tratamento.

3.2 - A POLITICA DE DROGAS NO BRASIL

Pacheco (2013) em sua tese “Política de Redução de Danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no projeto consultório de rua em fortaleza,

Ceara, destinou um capítulo para nos apresentar o percurso realizado para a construção da política de drogas.

A autora nos apresenta inicialmente a ideia positivista, permeada pelos ideais da democracia liberal, moralidade da classe burguesa e cristianismo, que desejava construir um país de população numerosa e sadia, consoante às ideias de saneamento do século XX.

Nesse contexto, ela considerou a presença da valorização do saber médico e sua supremacia na esfera política e moral, e em relação às doenças infectocontagiosas. Assim, segundo Machado (2006); Coelho, A. F. (1999) apud Pacheco (2013) as ações direcionadas aos usuários de drogas também estiveram amplamente relacionadas a prática médica.

A justiça criminal em conjunto a medicina, na década de 20, foi a responsável pelas primeiras medidas legislativas coercitivas sobre o uso e comércio de substâncias psicoativas. Diante disso, surgiram movimentos contrários a esse sistema punitivo, com vistas a democratizá-lo e confrontar o regime de higienização. Esses movimentos iniciaram com as campanhas de saneamento e a reforma psiquiátrica (PACHECO, 2013).

Em 1998, na XX Assembleia Geral das Nações Unidas, foram estabelecidos os princípios direcionados à diminuição da demanda de drogas e de sua oferta. O Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) se transforma no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) (DUARTE, 2011 apud PACHECO, 2013). Com o estabelecimento do CONAD seguiu-se a criação da Secretaria Nacional Antidrogas, na gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso, estando essa secretaria vinculada à Casa Militar da Presidência da República. Nessa secretaria, inicialmente dirigida pelo civil, juiz Walter Mairovitch e seguidamente pelo general Paulo Roberto Uchôa, se constitui baseada no programa americano de combate às drogas e a quem dela fazia uso (PACHECO, 2013).

Dentro desse contexto, Valerio (2010) analisou que cabia ao Estado exercer o controle sobre as questões relacionadas ao tráfico e consumo de drogas, não havendo espaço para a participação coletiva, e sim para o enfrentamento e proibicionismo. Diante disso, a autora julgou necessário discutir os direitos individuais e coletivos dos cidadãos. A autora se vale das citações de Chauí (2003) sobre direitos, baseando-se no discurso de Hobbes e Espinosa. Chauí (2003 apud Valerio 2010) diz que o direito natural é um fato da natureza e que a política é necessária para a construção de instituições públicas que se adequem à paz e segurança. Relacionando o pensamento acima com a política de drogas podemos depreender que se faz necessário que haja participação social com a finalidade da criação de estratégias e políticas públicas que resguardecem os direitos e a inclusão social dos sujeitos (PACHECO, 2013).

Essa ideia da necessidade de participação popular na política de drogas se deu segundo estudo de Valerio (2010) quando a maioria das legislações relacionadas ao controle de substâncias psicoativas foram criadas sem o debate com a sociedade, ocasionando o estigma tanto para o comerciante de drogas como para o usuário.

A Secretaria executiva do Conselho Nacional Antidrogas, teve como incumbência “coordenar a Política Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade” e assim coube à Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) a mobilização de diversos agentes que tinham afinidade com a temática para fins de criação da primeira política brasileira. Dessa maneira, pelo Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, foi estabelecida a primeira Política Nacional Antidrogas no Brasil (PNAD) (BRASILIA, 2014).

No ano de 2003, o então Presidente da República assinalou uma nova Agenda Nacional com vistas à redução da demanda e da oferta de drogas no Brasil, baseada em três pontos importantes. São eles:

- a integração das políticas públicas setoriais com a política de drogas;
- a descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município;
- e o estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica (BRASILIA, p.108, 2014).

Nos primeiros anos do estabelecimento da Política Antidrogas, as discussões acerca do tema requeriam mais aprofundamento. Em 2004 foi reavaliada a política a partir das transformações nos âmbitos; social, político e econômico. A partir da realização do Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis fóruns regionais e um Nacional sobre as drogas a PNAD foi atualizada e realinhada, agora com a participação popular. O prefixo “anti” foi substituído pelo termo “sobre” tornando se Política Nacional sobre Drogas. O novo documento foi dividido em cinco capítulos que continham consecutivamente: prevenção; tratamento, recuperação e reinserção social; redução de danos sociais e à saúde; redução da oferta e estudos, pesquisas e avaliações (BRASILIA, 2014).

No ano de 2006, no Brasil foi instituído o Sistema Nacional Políticas sobre Drogas (SISNAD) que criou medidas que visavam medidas preventivas e de reinserção social de usuários de drogas de acordo com a política sobre drogas vigente. Nesse processo, o Brasil, em consonância com a tendência mundial, percebeu que os usuários de drogas não deveriam ser privados de liberdade pela justiça (BRASILIA, 2014). O uso de drogas passou a ser

entendido então como problema de saúde pública. O SISNAD apresentou objetivos que visavam e visam a diminuição das vulnerabilidades contribuindo para a inclusão do cidadão, trabalho socioeducativo referente as drogas, promoção da integração entre as políticas de prevenção ao uso indevido de drogas, repressão ao tráfico de drogas e trabalho intersetorial das políticas públicas (BRASILIA, 2014).

A Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 respalda a atual política de atenção destinada aos usuários de álcool e outras drogas. Essa Lei atende os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária. A sanção dessa lei atendeu às recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada no ano de 2001. As normas e diretrizes para o funcionamento do Caps são definidas pelas Portarias GM 336, de 19 de fevereiro de 2002 e a portaria SAS/189 de 20 de março de 2002, que criou a rede especializada para a atenção dos usuários de álcool e outras drogas (VALERIO, 2010).

A Lei 10.216 defende os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, incluindo as pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Defendem um tratamento no âmbito do SUS pautado na cidadania, no vínculo com a comunidade e com vistas à inclusão social. No texto da lei podemos apresentar seus principais aspectos no tocante à acessibilidade ao melhor tratamento de acordo com suas necessidades no sistema de saúde; tratamento com respeito e humanizado visando a recuperação do sujeito pela inserção na família e na comunidade; a proteção de qualquer forma de abuso ou exploração; sigilo nas informações; direito ao esclarecimento médico da necessidade ou não de hospitalização involuntária; liberdade de acesso aos meios de comunicações disponíveis; maior número de informações sobre sua condição de saúde e tratamento; prestação do tratamento em ambientes terapêuticos por meios menos invasivos possíveis e o tratamento preferencial nos serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

A construção da rede de cuidados em saúde mental foi essencial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A rede de atenção psicossocial foi instituída pelo Decreto Presidencial nº7508/2011 após a publicação da Portaria 3.088 de 26 de dezembro de 2011. Aquele decreto detalhou que a rede comunitária de cuidados deve se fazer numa articulação entre os pontos de atenção promovendo uma integração nas ações e instituições que seriam referencia para o melhor acolhimento das pessoas em sofrimento mental. A noção de território é indispensável na criação dessa rede, uma vez que ele além de ser designação geográfica, é também de pessoas e instituições e cenário da vida em comunidade. Constitui se num trabalho que se fortalece a partir das soluções que a própria comunidade contém e constroem, potencializando os recursos disponíveis e a coletividade (BRASILIA, 2014).

A rede de atenção psicossocial é composta pela Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Equipe de Consultório na Rua, Centro de Convivência e Cultura, Centro de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Comunidades Terapêuticas, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Unidade de Pronto Atendimento, Serviço Hospitalar ou Enfermaria Especializada em Hospital Geral, Serviço Residencial Terapêutico, Programa de Volta pra Casa e Estratégia de Reabilitação Psicossocial (BRASILIA, 2014).

Nesse trabalho chamaremos a atenção para uma perspectiva de tratamento inserida, principalmente, pelo Consultório de Rua, a Redução de Danos.

3.3 - ENTENDENDO A REDUÇÃO DE DANOS

A política de Redução de Danos no Brasil também foi uma conquista. As primeiras experiências nessa perspectiva tiveram seu início no plano internacional. Essas experiências serviram de base para que outros países se encorajassem a trabalhar rompendo o paradigma da abstinência como única modalidade de tratamento para as pessoas que faziam uso de drogas. “Dessa forma, antes de se tornar um conceito e um estratégia, a Redução de Danos deu-se enquanto movimento político” (VALERIO, 2010, p. 33).

O movimento em torno da RD iniciou-se na Inglaterra no ano de 1926, na cidade de Liverpool com a construção de um documento, Rolleston, que por fim não se convalidou. Naquele período, o uso de opiáceos pela população usuária de ópio daquela região estava ligado a cultura de vida. Sendo assim, os médicos foram autorizados a prescreverem a droga como parte do tratamento, possibilitando uma melhora na qualidade de vida. Era evidente que eles julgavam a abstinência da droga mais adequada, mas diante dos danos causados pela abstinência era mais sensato o uso controlado da droga (VALERIO, 2010).

Pacheco (2013) em sua pesquisa também discorre sobre a história da RD no Reino Unido. A autora se vale também dos estudos realizados por Laranjeira (2004). Ela destaca a ação médica em torno da não utilização dos opiáceos. Para isso, prescreviam heroína injetável com vistas a reduzir os efeitos da abstinência. Além da prescrição de heroína o governo desenvolveu ações pautadas na educação para saúde, troca de seringas, disponibilização de moradias e atendimento médico hospital. Essas ações eram benéficas no sentido de estimular a adesão dos usuários ao tratamento e como forma de reduzir os danos causados pelo uso de drogas.

Devido ao crescente número de pessoas se contaminando com hepatite B e HIV, e nisso se destacavam como grupo de risco os usuários de drogas injetáveis, a RD foi utilizada a princípio como uma maneira de conter a contaminação dessas doenças. Valerio (2010) ao discorrer sobre a história da redução de danos traz as seguintes afirmações:

Inicialmente destinados para a troca de seringas usadas por esterilizadas, os programas de RD, foram implantados em consequência do crescimento da Hepatite B em usuários de drogas injetáveis. Comumente se pensa que os programas de trocas de seringas tiveram início em função da epidemia do HIV/AIDS. Porém, segundo Francisco Bastos, foi a hepatite B que deflagrou esses programas uma vez que essa doença motivou a preocupação com o compartilhamento de seringas, ainda que na época já existisse o advento do HIV/AIDS, que afetava principalmente os homossexuais masculinos e os que haviam feito transfusão de sangue ou recebido componentes do sangue (hemoderivados) (VALERIO, 2010, p. 33)

A implementação da RD como estratégia no tratamento da dependência química a partir da década de 80, foi uma maneira encontrada para disponibilizar melhores condições de saúde diante das fragilidades vivenciadas pelos usuários de drogas (MESQUITA, 1998; LARANJEIRA, 2004 apud PACHECO, 2013).

O movimento de redução de danos exibiu sua primeira legalização em 1980 na Holanda. Isso ocorreu devido à junção e discussão entre as Organizações não Governamentais e associações de usuários de drogas injetáveis. A preocupação desses grupos era também, inicialmente, a epidemia de hepatite B e Aids. Esse movimento ganhou força pelo descontentamento dos usuários de drogas injetáveis estarem tendo dificuldades em acessar as seringas e as agulhas nas drogarias diretamente (VALERIO, 2010). Diante disso, esses grupos se mobilizaram para exigirem um posicionamento das autoridades frente a essa problemática (LARANJEIRA, 2004).

Naquele momento, após conseguirem uma contrapartida do governo em razão das suas necessidades, a transmissão de HIV-AIDS reduziu em 80%. A disponibilidade das seringas se fez da seguinte maneira: cada seringa recebida pelo Estado deveria ser devolvida depois de usada (Laranjeira, 2004). Isso permitia que o governo Holandês pudesse controlar a epidemia e proporcionar melhora na qualidade de vida das pessoas.

A prática da redução de danos não foi assumida por todos os países da Europa. França e Suíça, por exemplo, não se posicionaram favoravelmente (LARANJEIRA, 2004).

No Brasil a estratégia de RD teve início em São Paulo em 1989, no entanto, uma interdição judicial não deu prosseguimento a essa modalidade de tratamento (BUENO, 1998 apud MARINS; FIGUEIREDO, s.d.). A justiça entendeu essa medida como uma forma de incentivo ao uso de drogas. As pessoas que estavam na coordenação dos serviços foram

enquadradas na lei como traficantes de drogas, assimilando aquela prática ao crime de tráfico de drogas (BUENO, 1994; MESQUITA, 1998 apud PACHECO, 2013).

As trocas legais de seringas para usuários de drogas ocorreram no ano de 1995 na cidade de Salvador e em 1998, em São Paulo, foi sancionada uma lei que autorizava o programa de Redução de Danos no Estado (MS, 2001 apud MARINS; FIGUEIREDO, s.d.)

Em 1997 acontece o surgimento de grupos que criam movimentos direcionados a legitimar a RD no país. Aparecem nesse cenário de lutas a ABORDA – Associação Brasileira de Redução de Danos e a REDUC – Rede Brasileira de Redução de Danos (PACHECO, 2013).

Desde o ano de 1994, preocupados com a expansão das DST/AIDS entre os usuários de drogas injetáveis, o Brasil passa a adotar a estratégia de RD no âmbito do Ministério da Saúde em parceria ao Programa das Nações Unidas para o controle internacional de drogas (UNDCP). Esse fato promoveu uma mudança importante no tratamento dos usuários de drogas injetáveis no SUS

As ações de redução de danos, mesmo dando prioridade à prevenção e o diagnóstico do HIV por meio de intervenções de troca e distribuição de agulhas e seringas, deram visibilidade aos usuários de drogas injetáveis no SUS, promoveram a organização de profissionais e usuários, trouxeram contribuições significativas para a revisão das leis em vigor e proporcionaram o compartilhamento de saberes técnicos e saberes populares, criando condições para a construção de estratégias que se mostraram eficazes na abordagem dos problemas de saúde dos consumidores de drogas. Hoje se configura, diante do atual cenário a necessidade de sua expansão de forma a contemplar os estilos de vida dos diferentes usuários de álcool e outras drogas, lidando com situações complexas configurando-se num campo de ações transversais e multisetoriais, que misture enfoques e abordagens variadas, ou seja, resgatar sua dimensão de promoção à saúde (BRASIL, 2003, p. 37)

Essa ruptura de paradigmas foi importante no sentido de se pensar em estratégias direcionadas à resolução e minimização dos problemas do que se pensar em formas de combate ou repressão ao uso de drogas ilícitas. Dessa maneira inferimos que “A redução de danos está embasada na compreensão de que é impossível uma sociedade sem drogas; e de que o combate a elas contraria os direitos individuais, negando à liberdade e à cidadania dos usuários de SPAs lícitas e ilícitas” (VALERIO, 2010, p. 34).

Nesse processo, percebemos que as conquistas foram acontecendo de forma cronológica e paralela a demais conquistas no campo da Saúde Pública. Conte (2004) faz a seguinte reflexão acerca desse processo:

A abordagem de Saúde Pública voltada para os usuários de álcool e outras drogas parece acompanhar os avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica e pela

Reforma Sanitária, significando o reconhecimento de direitos e deveres dos ‘loucos’ e, por consequência, dos ‘toxicômanos’. Nota-se maior visibilidade ao usuário enquanto sujeito de direitos. Colocam-se em debate aspectos fundamentais como; responsabilidade individual, responsabilidade penal, liberdade de escolha, descriminalização, diversidade de objetivos e modalidades de atendimento. Percebe-se a qualificação na interface da saúde e da lei com dispositivos socioculturais (esporte, lazer, cultura, trabalho) no compasso com os princípios e as diretrizes do SUS. A flexibilidade envolvida tanto na Reforma Psiquiátrica quanto na Reforma Sanitária é também estendida à Redução de Danos, dimensionando-se o significado de saúde para além da moral, dos preconceitos pessoais ou juízos de valor (CONTE, 2004, p. 61).

Assim, a estratégia de RD tem compromisso com a saúde pública e os direitos humanos, numa perspectiva de benefícios para o usuário, família e comunidade na qual está inserido. Consoante esse pensamento, Totugui (2009) disse em sua tese que o eixo norteador da abordagem de redução de danos no Brasil se baseia no direito à saúde previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 que prevê o direito de todos à saúde de forma igualitária e universal, sendo esse direito garantido baseado em políticas sociais e econômicas com vistas à redução do risco de doenças e agravos direcionados à proteção, promoção e recuperação dos sujeitos.

De acordo com Totugui (2009) a garantia dos direitos em saúde aos usuários de substâncias psicoativas faz jus a princípios e diretrizes estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde, que são reforçados pela Lei 8.080 de setembro de 1990. Nesse aparato jurídico estão previstos a universalidade dos serviços em saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade das ações, a autonomia das pessoas e igualdade de assistência sem preconceitos.

A ideia de Totugui (2009) é consoante a ideia que traz Campos (1997 apud Pacheco, 2013) sobre a ideia da clínica ampliada, uma diretriz da Política Nacional de Alcool e outras drogas. A clínica ampliada considera os usuários de substâncias como sujeitos que tem co-responsabilidade pela produção de saúde na relação como a clinica e o tratamento. E considera também, nas ações territoriais a escuta ativa profissional frente às singularidades dos sujeitos, não sobrepondo o saber profissional às singularidades e a autonomia dos usuários.

Santos (2012) em sua dissertação julgou importante analisar as diversas expressões utilizadas ao se referir a Redução de Danos que são paradigma, estratégia e diretrizes. A autora acreditava que essa análise possibilitaria romper com “reducionismos” presentes na Política de Drogas. Utilizando-se das ideias de Kuhn (1969/1975) ela explica que paradigma traz o significado de modelo. A realização científica seria praticada em razão de um conjunto de valores, crenças e técnicas comuns a um determinado grupo com mesmo tipo de conhecimento. A explicação de estratégia foi buscada no dicionário da Wikipédia que

demonstrou a etimologia da palavra que se origina do vocabulário grego. [...]”**estratégia** é uma palavra originária do grego *stratègós* onde *stratos* significa "exército", e *ago*, "liderança" ou "comando" o que define "a arte do general", designando o comandante militar. (grifo nosso)". E por fim. Ela explica que diretrizes consiste em ser uma “linha reguladora do traçado de um caminho ou de uma estrada” ou ainda “o conjunto de instruções ou indicações para se tratar e levar a termo um plano, uma ação, um negócio. (grifo nosso) (SANTOS, 2012).

Marins e Figueiredo (s.d.) basearam seus estudos nas bibliografias (BRASIL, 2003,2004a,b; QUEIROZ, 2007; OLIVEIRA; NAPPO, 2007; RIGONE, 2006). Segundo as autoras o conceito de redução de danos ainda necessita de maiores esclarecimentos. Esse fato motivou a busca de explicação desse conceito em artigos no Scielo a partir do ano de 2004 até o ano de 2010. Além disso, em seu trabalho buscaram compreender o desenvolvimento e história, conceitos e resultados nessas pesquisas e identificar os danos sociais causados pelo uso abusivo de álcool e outra drogas e a abordagem da RD em relação a esses danos.

Na análise dos artigos selecionados as autoras distinguiram duas linhas de interpretação acerca da Redução de Danos. Para elas a dessas linhas definiu a RD como um programa de ações interventivas e preventivas realizadas com pessoas portadoras de doenças infectocontagiosas e sexualmente transmissíveis. A outra linha compreendia a RD como uma estratégia voltada a minimizar os danos causados pelo uso abusivo de drogas.

As autoras julgaram as informações constantes nos artigos escassas e pouco objetivos no que diz respeito à construção de um conceito de redução de danos. Segundo elas, os artigos estiveram mais vinculados á ideia dos danos à saúde física dos usuários de substâncias psicoativas. No entanto, elas demonstram que a partir da diminuição do uso das drogas injetáveis e aumento do uso do crack e drogas licitas ampliou-se o espaço para a abordagem da Redução de danos. Diante desse contexto, são levantados conceitos para a abordagem da RD.

Segundo Nard (2005 apud Martins e Figueiredo, s.d.) a redução de danos consiste em numa abordagem que considere a promoção da cidadania dos sujeitos envolvidos, reconhecendo-os antes de tudo como portadores de direitos. O objetivo dessa abordagem é o tratamento pautado na cidadania do sujeito e não em sua culpabilização.

As autoras demonstram em seu estudo que a ação dos redutores de danos além de promover o acesso dos usuários aos seus direitos, também, lhes permite a visibilidade e legitimação da cidadania (MARTINS; FIGUEIREDO, s.d.).

Para Pacheco (2013) a redução de danos é uma estratégia que tem por objetivo diminuir os danos que o consumo das drogas pode causar à saúde em sua dimensão

biopsicossocial, com ações voltadas para a promoção de saúde, cidadania e direitos humanos, considerando o contexto e as necessidades de cada sujeito, sem exigir a abstinência, compreendendo a escolha do sujeito em continuar o uso de drogas.

Pacheco (2013) em sua tese entrevistou alguns profissionais sobre a abordagem da redução de danos. O colaborador 5 proferiu a seguinte opinião:

A redução de danos é uma estratégia, uma tecnologia que seja de uma funcionalidade muito grande e vista como uma possibilidade de acesso do usuário aos seus direitos. Então, o usuário que quer continuar fazendo uso de qualquer tipo de substância, continua tendo os seus direitos para fazer algum tipo de tratamento, a pensar sobre sua saúde, a pensar sobre a forma de uso, mesmo que ele continue usando. Ele tem mais opções. (COLABORADOR 5 apud Pacheco, 2013, p. 57).

O entrevistado vê a RD como uma abordagem que veio inovar no campo do tratamento do uso de drogas, que respeita o sujeito em seus direitos e suas escolhas, e o possibilita refletir e co-responsabilizar sobre sua relação com o tratamento. Além disso, considera o desejo de continuar o uso da droga e ter para si mais de uma opção para manter os danos minimizados.

De acordo com a Associação Brasileira de Redutores e Redutoras de Danos (ABORDA apud VALERIO, 2010)

A RD, enquanto estratégia de cuidado, engendra um discurso político que entende saúde como sinônimo de autonomia. Isto significa colocar-se, no campo da saúde, a partir de uma compreensão da história das práticas ocidentais de cuidado como sendo a história do desenvolvimento de dispositivos de controle, situando, neste contexto, à Redução de Danos como possibilidade de resistência a este processo. Como possibilidade de exercício do cuidado de si. (www.abordabrasil.org em 21 de abril de 2009 apud Valerio, 2010, p. 34).

O paradigma da redução de danos, no âmbito da dependência química, consiste em uma abordagem de saúde pública que busca reduzir os danos causados pelo abuso de substâncias psicoativas. A busca é pelo resgate do seu protagonismo e pela não imposição da abstinência. Essa estratégia possibilitou que as práticas em saúde sejam acolhedoras e isentas de julgamentos diante das demandas dos usuários, atendendo-os dentro das suas necessidades, alinhado ao protagonismo e autonomia dos sujeitos. “A estratégia de redução de danos sociais reconhece cada usuário em suas singularidades, traçando com ele estratégias que estão voltadas para a defesa de sua vida” (BRASIL, 2005, p. 44).

Reiterando a explicação exposta acima, as Estratégias de Redução de Danos abarcam medidas que reduzam os danos provocados pelo uso de drogas, levando em consideração se os usuários desejam ou não interromper o uso da substância. Essas práticas

consideram a possibilidade de não alcançar a abstinência, e assim, prosseguir com o uso com o menor risco possível. Significa entender o sujeito em sua totalidade. “Trata-se também de uma lógica de trabalho, uma perspectiva que se propõe a refletir sobre como cada sujeito se relaciona com as drogas, que lugar subjetivo e objetivo ela ocupa na vida de cada pessoa, sendo mais relevante do que a droga em si mesma” (BRASILIA, 2014, p. 94).

Cruz (2010 apud Santos, 2012) coincide com o conceito anteriormente explicitado no que toca a desconstrução da abstinência como único objetivo. Aborda a complexidade do uso da substância, mas que cria alternativas dentro do uso para diminuir os danos tanto no plano individual como no do convívio social.

Outro conceito encontrado é que a RD constitui como um conjugado de medidas que dirigem-se a diminuir os danos de natureza biopsicossocial e econômica sofridos pelo uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, sem requerer a redução do consumo ou abstinência, primando pelo respeito aos direitos humanos dos indivíduos (Andrade et al., Iniciard & Harrison, 1999; Nardi & Rigoni, 2005; Pollo-Araújo & Moreira, 2008 apud Lima, 2013).

Nessa sequência, outro interessante conceito é o de que são estratégias que buscam minimizar os danos sofridos pelo uso de drogas, incluindo os danos sociais referentes aos estigmas vivenciados por essas pessoas, sendo prioridade nesse processo a promoção da saúde, dos direitos humanos e da cidadania (Peterson, Mitchell, Hong, Agar & Latkin, 2006; Riley & O’Hare, 1999; Santos & Malheiro, 2010 apud Lima, 2013).

Para Lancetti (2007, apud Santos, 2012) define a RD como uma política e uma prática de saúde pública baseada em procedimentos direcionados a minimizar os resultados negativos do consumo de substâncias psicoativas. Essa prática, enquanto política, se difere da prática de combate às drogas, que criminaliza e tem por objetivo a eliminação das drogas.

Os princípios da redução de danos podem ser assim descritos, como reconhecimento que o uso de substâncias psicoativas exerce uma função social na vida dos indivíduos, não sendo a droga a causa de problemas; o foco do tratamento é o sujeito e não a substância; respeito à diversidade, singularidade, tempo, contexto e vontades dos sujeitos; outras alternativas para além da abstinência; ações intersetoriais e construção de rede a fim de aproximar o sujeito a uma rede de cuidados na sua comunidade (<http://edelei.org/reducao-de-danos/>).

Além dos princípios acima colocados podemos acrescentar é uma abordagem alternativa aos preceitos morais e criminais historicamente construídos na nossa sociedade, fundada na defesa do usuário a partir de uma baixa exigência com esses sujeitos, contrariamente às abordagens tradicionais (BRASILIA, 2014).

Pacheco (2013) em seu estudo com população de Rua em Fortaleza ressaltou o conhecimento em Redução de Danos são apreendidos não só por leituras científicas, mas através da prática do trabalho de rua onde devem estar envolvidos tanto os profissionais da equipe do Consultório de Rua quanto os usuários de substâncias em situação de rua acolhidos. Isso nos faz entender que a Política de Redução de Danos se faz no contexto dos necessários, para além da teoria, pois é na prática que são detectadas as reais demandas dos usuários. Em sua pesquisa, Pacheco (2013) demonstra por meio de falas dos entrevistados as ideias acima

Hoje o conhecimento da redução de danos vem para mim muito mais das experiências do que vejo na rua, das coisas que leio de experiências práticas também, vem muito do que eu vejo da prática das pessoas que trabalham com a gente, dos usuários que a gente acessa (COLABORADOR 5). (PACHECO, 2013, p. 59).

Essa troca entre profissionais e usuários possibilita melhor vínculo no tratamento e também o reconhecimento pelo profissional de quais serão as melhores ações interventivas.

Valerio (2010) resalta que a articulação com a comunidade é indispensável, uma vez que, os usuários de drogas tem um forte vínculo com culturas e hábitos do território onde estão inseridos. A autora faz a seguinte consideração:

Pode-se afirmar que as ações de redução de danos se constituem em atividades eminentemente comunitárias, pois a demanda por drogas possui um forte componente social, mediado pelas culturas, pelos hábitos e pelas expectativas de grupos e populações. Não é possível modificar hábitos individuais sem o suporte de estruturas sociais que vão além das famílias, às comunidades propriamente ditas. Em se tratando de processos fortemente interativos, não existe como reduzir danos de indivíduos fora do seu contexto social (VALERIO, 2010, p. 38).

Ressalta-se que de acordo com essa ideia comprovamos que o apoio psicossocial se faz presente no território de forma respeitosa e humanizada, criando nos usuários maior receptividade dos profissionais e de suas intervenções.

O que essas práticas pressupõem é o cuidado baseado no sujeito e não na doença, considerando os sujeitos em sua totalidade, contexto e historia de vida, singularidade, e seus desejos enquanto pessoa. Constitui pensar as possibilidades dos sujeitos dentro do seu contexto de vida e sua relação saúde-doença, e o que é possível se fazer dentro do seu território. “Pensar o cuidado em saúde mental, e a Redução de Danos tecida como método clínico, é, inevitavelmente, pensar em que lugar e em que tempo acontece o cuidado” (YASUI, 2010 apud Santos, 2012).

As ações de cuidado baseadas na redução de danos propiciam o acesso dos usuários ao sistema de saúde dentro das suas possibilidades e seus desejos. Dessa maneira, no cuidado clínico, é possível, por exemplo, a troca de seringas a fim de prevenir infecções, exames e testes rápidos e trabalho socioeducativo.

Em 4 de julho de 2005 foi publicada a Portaria 1.059/GM, com o intuito de destinar recurso financeiro para ações em Redução de Danos nos Caps ad (BRASIL, 2005a).

Retomando os aspectos democráticos da construção da rede de atenção psicossocial, é importante falarmos sobre o papel do Caps ad na perspectiva da redução de danos. Para fins de consolidação da Reforma Psiquiátrica foram criados os Centros de Atenção Psicossocial, existindo os Caps Transtorno Mental, para tratamento de transtornos mentais; Caps i, tratamento de transtornos mentais destinados a crianças e adolescentes; Caps ad, para transtornos mentais decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas e o Caps ad i, que segue a mesma linha do anterior, no entanto destinado ao público de crianças e adolescentes.

O nosso foco é o Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas, consoante ao nosso objetivo de pesquisa. A Reforma Psiquiátrica constrói para o “CAPS o valor estratégico para mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica” (BRASIL, 2005, p. 10).

Em consonância a Lei 10.216 de 06/04/01, à Norma Operacional NOAS-SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 06/01/01 e a atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, foram estabelecidos os Centros de Atenção Psicossocial definidos nas modalidades Caps I, Caps II e Caps III, de acordo com a população de abrangência e complexidade. Definiu ainda que seriam serviços que funcionariam em caráter ambulatorial independente das instituições hospitalares (BRASIL, 2002).

Os Caps tem valor estratégico, tanto com referência à Reforma Psiquiátrica, como também dentro da comunidade. Esses Centros passam a funcionar exercendo papel substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Os Caps devem prestar atenção diária aos usuários, trabalhar pela reinserção social dos portadores de transtornos mentais por meio de intervenções intersetoriais, tem papel de regulador na rede de assistência em saúde mental e se constituem como articuladores estratégicos na comunidade e da política de saúde mental em determinado território (BRASIL, 2005; BRASILIA, 2014).

Os Caps ad são centros específicos para o tratamento de pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas. o objeto dessa unidade de saúde é o atendimento às pessoas usuárias de substâncias psicoativas. Nesse tipo de serviço são disponibilizados atendimentos individuais, grupos terapêuticos, equipe multiprofissional, como nos outros Caps, mas acrescenta-se a presença de leitos de repouso direcionados para cuidados nessa área, como por exemplo, desintoxicação e demais intervenções da medicina e da enfermagem (BRASILIA, 2014).

Com a oficialização da Política Nacional de Drogas foi instituída conjuntamente a diretriz clínico-política da redução de danos e o Caps ad como um dispositivo assistencial nesse sentido. A atenção comunitária é a base para a reabilitação psicossocial dos usuários. A abstinência não é posta como única modalidade de tratamento possível, evitando assim a exclusão de determinados usuários e propiciando maior número de pessoas assistidas (BRASILIA, 2014).

Os Caps ad devem:

- “prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de RD;
 - Gerenciar casos, oferecendo cuidados personalizados;
 - Oferecer atendimento, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
 - Oferecer condições para a desintoxicação ambulatorial ou o repouso de usuários que necessitem de cuidados;
 - Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
 - Promover, mediante diversas ações (que envolvem trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas e planejamento de projetos de vida mais saudáveis;
 - Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo reduzir a influência dos fatores de risco para tal consumo;
 - Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo”.
- (BRASILIA, 2014).

Os Caps ad assim como demais dispositivos da RAPS devem pautar suas ações nos conceitos de território e rede e redução de danos, buscando atender as necessidades trazidas pelo usuários de forma integrada ao meio comunitário no qual estão inseridos (BRASIL, 2005).

Baseando se na ideia de inclusão e não exclusão do conceito de redução de danos, devemos pensar na amplitude de possibilidades que essa diretriz permite à reabilitação dos usuários de drogas, desde a busca pela abstinência até o uso controlado e seguro. O que importa nessa perspectiva é a relação estabelecida entre o usuário e os profissionais e no resgate dessas possibilidades em cada usuário de substancias psicoativas (BRASILIA, 2014).

Assim, finalizamos com a ideia de que a logica da redução de danos são ações humanizadas que visam o respeito às escolhas e direitos humanos dos indivíduos envolvidos com o uso de drogas.

4 - REDUÇÃO DE DANOS: UM CAMINHO POSSIVEL PARA A CIDADANIA

Ao realizarmos abordagens referentes às drogas e os problemas decorrentes do seu uso para o individuo e para a sociedade devemos também abordar a temática dos direitos humanos. Para tanto é necessário que o debate em torno dos Direitos Humanos saia do senso comum. Comumente, os Direitos Humanos no que se refere a usuários de drogas, por exemplo, são tratados de maneira simplista, longe da real perspectiva dos direitos humanos (BRASIL, 2014). Por esse motivo, não se pode encerrar a luta e o debate acerca dessa temática.

Qualquer tema relacionado aos Direitos Humanos constitui um desafio, no entanto, para grupos estigmatizados se torna mais complexo. Por isso é importante considerar:

A questão do uso abusivo de drogas é um desafio para a atuação na perspectiva dos direitos humanos. Por um lado existe o preconceito e o medo de informar a sociedade desavisada sobre seus direitos e amplamente acuada pela mídia que persiste em apresentar o segmento dos usuários de drogas como sendo de 'perigosos' e 'delinquentes', que simplesmente rejeitam todo e qualquer tipo de ajuda (BRASILIA, 2014, p.44).

A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica permitiram diversos avanços no campo dos direitos humanos. Segundo Conte (2004) a Reforma Sanitária, com a criação do SUS, possibilitou enxergar o usuário com um sujeito de direitos e usuário dos serviços de saúde, a partir, principalmente, do principio da universalidade previsto em lei. A Reforma Psiquiátrica ao abrir as grades manicomialis concedeu aos portadores de transtornos mentais o resgate dos seus direitos, suas capacidades e sua dignidade por meio de diversas ações como, por exemplo, a revisão dos diagnósticos, relativizar prognósticos, considerar os gêneros, ouvir e ser ouvido, dentre outros. Esses avanços não só apresentou essas características, como também, deu lugar de cidadão para os usuários de substâncias psicoativas. (CONTE et al, 2004).

O uso de drogas está presente na sociedade há muitos anos. O que ocorre é que o uso se diferencia ao longo do tempo, surgindo novos tipos de drogas e novas formas de uso. Valerio (2010) pontua que existem dois entendimentos sobre o uso de drogas. Bravo (2000 apud Valerio,, 2010) aponta para a visão tradicional pautada em praticas repressivas, que criminalizam os usuários de drogas ilícitas, e a outra que a Redução de Danos, que tem como principal objetivo a percepção da saúde do sujeito e não da droga em si, considerando a presença das drogas na humanidade e a busca pela diminuição dos danos causados por elas.

Valerio (2010) ressaltou o a construção de política integral humanizada ainda está em processo, e que é importante a reflexão sobre a Redução de Danos e das práticas institucionais e da Clínica Ampliada a fim de que os profissionais se utilizem dos conceitos, estratégias e pressupostos que contribuem para o deslocamento do lugar de pacientes dependentes químicos para o lugar de cidadãos livres, e a implantação de um estado de bem-estar social, rompendo com a ideia de guerra às drogas. “A passagem de paciente para usuário traz uma conotação de um lugar social das pessoas em sofrimento psíquico. Ser livre é ter capacidade para agir com a intervenção da vontade e assumir o conjunto dos seus próprios atos, sabendo responder por eles” (CHAUI, 2003 apud Valerio, 2010).

Essa nova abordagem no campo da saúde e da saúde mental deve estar ancorada na disponibilidade para as demandas dos usuários considerando a importância de reconhecer os sujeitos socialmente e em seus direitos, construindo assim a possibilidade da promoção em saúde (CONTE et al, 2004).

Os Direitos Humanos devem ser os norteadores dessas intervenções considerando a singularidade dos sujeitos e utilizando como cuidado o vínculo entre sujeitos e profissionais. Faz se necessário conhecer em sua totalidade as pessoas que fazem o uso de drogas, compreender as relações estabelecidas, com foco no sujeito e não na droga, entendendo que trata-se de um cidadão. Dessa maneira, acontece a garantia dos direitos, não deixando de considerar que as suas diferenças e desejos devem ser respeitados assim como os demais cidadãos (SANTOS, 2012).

A integralidade e responsabilidade dos indivíduos embasa as intervenções em redução de danos, e por conseguinte, reconhece os direitos humanos (VALERIO, 2010).

Pacheco (2013) desenvolveu em sua dissertação de mestrado intitulada “Política de Redução de Danos a Usuários de Substâncias Psicoativas: práticas terapêuticas no projeto de consultório de rua em Fortaleza, Ceará”, uma análise da política de redução de danos baseando se nas práticas terapêuticas utilizadas por profissionais atuantes no consultório de rua na cidade de Fortaleza. A autora optou pela pesquisa qualitativa. Foram realizadas entrevistas com os profissionais do consultório de rua. Além disso, ela fez considerações acerca das temáticas envolvidas na redução de danos. Discorreu sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica que possibilitou o surgimento da Estratégia de Redução de Danos e mais adiante, tornar-se uma Política Nacional. A autora foi criteriosa ao demonstrar a evolução da legislação referente aos portadores de transtornos mentais, como também, referentes à questão das drogas.

Pacheco (2013) considera a questão da abstinência versus redução de danos no Brasil. Ela defende que a redução de danos é a materialização da democracia para as minorias; é a garantia para essas minorias a prática da expressão e cooperação política (Mesquista, 1994; Campos, 2000 apud Pacheco, 2013).

Em suas palavras a autora considerou a Redução de Danos da seguinte forma:

[...] a Redução de Danos procura minimizar os possíveis danos que o consumo de uma substância psicoativa pode causar à saúde na dimensão biopsicossocial da pessoa, visando à promoção da saúde, cidadania e direitos humanos, levando em consideração a necessidade real do indivíduo e não o direcionando à lógica da abstinência ou da internação. Deste modo as intervenções em redução de danos assumem um modo de cuidado que acolhe o sujeito em seu sofrimento frente às fragilidades sociais circundantes (PACHECO, 2013, p. 51)

Assim, a prática da RD além de constituir uma linha de cuidado no aspecto biológico, é também uma forma de proteção dos direitos humanos, direitos fundamentais e da cidadania dos usuários. É essencialmente, reconhecer os usuários de drogas como sujeitos de direitos, que devem ter sua dignidade e diferença respeitada. Na sua dissertação Pacheco (2013) reuniu diversas falas de redutores de danos da cidade de Fortaleza, e algumas delas referenciam ao acima exposto

“Você está acessando através dos diferentes saberes propostas de que você está concebendo junto com essa pessoa, a realidade de cultura, a realidade de espaço físico que ela mora, o contexto social que ela vive. (COLABORADOR 4).

Muitas vezes eu penso de um modo, mas aquele sujeito, que eu estou fazendo a abordagem, já pensa de outra forma. Então, eu tenho que respeitar o direito e os limites que eu encontro na rua com o usuário. (COLABORADOR 1)” (PACHECO, 2013, p. 61).

As falas dos colabores configuram a busca pelo protagonismo dos usuários de drogas sobre o seu próprio tratamento, e do outro lado, percebemos o respeito dos redutores diante das singularidades de cada sujeito e de suas demandas reais.

O diálogo estabelecido entre os redutores de danos e os usuários de substâncias psicoativas possibilita a ampliação dos saberes dos profissionais acerca do contexto e do modo de vida dos indivíduos. Essa relação configura naquilo que Paulo Freire (1996) denominou de educação popular que considera o saber do outro de forma respeitosa e propicia-se a troca de saberes (CONTE et al. 2004), e mais uma vez o protagonismo daqueles que são negligenciados.

Pacheco (2013) teceu conclusões em seu estudo de que os ambientes públicos da cidade necessitam de práticas terapêuticas mais flexíveis a fim de reconhecer o sujeito em seu modo de vida. A autora concluiu que apesar das práticas de saúde que seguem o modelo biomédico, o Programa Consultório na, com a abordagem da redução de danos prevalece sobre o modelo anteriormente citado. Isto, porque, segundo ela, a RD pressupõe ações baseadas no distanciamento com altas exigências, imposições terapêuticas e prima pela efetivação da cidadania e da inclusão social dos usuários de drogas em situação de rua.

Domanico (2006) realizou estudo com o intuito de analisar o modo como foram implementadas as estratégias de redução de danos de usuários de crack a partir dos cinco projetos pilotos para esses usuários no Brasil. Foram projetos implementados com vistas a prevenção e redução das transmissões de doenças infecto-contagiosas devido ao compartilhamento de objetos utilizados para o uso do crack.

A autora explicita alguns projetos que ocorreram anteriores aos cinco projetos piloto. O primeiro a qual a autora faz menção é o Programa “Cinema na Rua”, no qual profissionais ofereciam atividades socioculturais a partir do contexto social no qual os usuários de drogas estavam inseridos com o intuito de estimulá-los a refletirem acerca das doenças infectocontagiosas devido ao abuso das substâncias. O segundo foi o “Uso de filtro”, na cidade de Santos, no qual se utilizava um filtro para o uso do crack. Parte desse filtro ficava dentro do cachimbo e a outra parte de fora, evitando dessa maneira, o contato direto dos lábios com o cachimbo. As ações consistiam também na distribuição de preservativos e estimulação na participação de preenchimento de questionários que possibilitariam às equipes a melhor compreenderem o uso de substâncias e especificidades daquela população. Outro foi o projeto de “Elaboração de cachimbos individuais”, a fim de evitar a transmissão de doenças pelo compartilhamento dos filtros. E por último, no ano de 2001, a criação do Kit Sniff para o uso da cocaína inalada, em razão da falta de higiene (inalava-se em notas de dinheiro) e transmissão de hepatites virais.

Domanico (2006) ancorada nas ideias de Mesquita (1998) descreveu que a redução de danos trabalha em cima do fato de que o mundo sem drogas, e que acabar com elas é uma ideologia (CONTE et al. 2004). O que é possível nesse contexto são ações interventivas direcionadas para as drogas lícitas e ilícitas, e não de intervenções exclusivas de órgãos do governo ou da polícia. Assim, ela considera que a redução é um programa que tem como foco entender a complexidade do contexto do usuário de drogas. Além disso, ela explicitou que a “Redução de Danos está fundamentada nos princípios de democracia, cidadania, direitos humanos e de saúde” (Brites, 1999 apud Domanico, 2006).

Dessa maneira, a partir dos programas Cinema na Rua, Uso de Filtro, Elaboração de Cachimbos individuais e Kit Sniff nos fazem compreender o respeito às escolhas desses sujeitos e sua liberdade. Programas que não apresentam um viés de combate às drogas, mas sim de preocupação com a saúde dos sujeitos e seus direitos enquanto pessoas. Assim, podemos afirmar:

Os programas de redução de danos desenvolvem estratégias que visam promover um contato entre os usuários e as instituições de saúde e os equipamentos sociais, com o objetivo de difundir noções básicas de preservação da saúde, prevenção de doenças e busca de consolidação dos direitos de cidadania (Brites, 1999 apud Domanico, 2006, p. 80).

Ao mesmo tempo, Domanico (2006) e Santos (2012) considerou que embora se saiba que as estratégias em Redução de Danos perpassam a disponibilização de insumos, no Brasil, muitos programas de RD associam essas estratégias apenas às questões de saúde. Essa tendência, segundo a autora, esvazia o sentido político da estratégia, seguindo a direção exposta da afirmação dos direitos e da cidadania. Consoante essa ideia ela nos apresenta a seguinte ideia

Desta forma a ação de redução de danos que pressupõe uma afirmação de direitos de cidadania, acaba sendo transformada em uma preocupação com atividades instrumentais de distribuição de equipamentos para a prevenção de doenças, ato este que consideramos reduzir a própria compreensão da redução de danos enquanto medida de saúde pública e afirmação de direitos de à saúde (DOMANICO, 2006, p. 94).

A realidade brasileira de reprodução das desigualdades no dia a dia promove a negação da cidadania. Esse fato, foi identificado por Domanico (2006) em sua análise dos projeto piloto, uma vez que os profissionais interviam a partir da redução de danos de forma simplista, a partir de apenas a distribuição de insumos.

Os projetos piloto instaurados seguiram uma mesma metodologia e utilizavam os cachimbos como insumo. Além disso, elaboraram um questionário que seria respondido pelos usuários dos projetos onde seriam buscadas informações sobre práticas sexuais, perfil socioeconômico e cultural dos envolvidos.

Ao final de suas análises, Domanico (2006) questionou o quão difícil foi a implementação da Redução de Danos para usuários de crack no âmbito governamental. Ela considerou que embora a redução de danos abranja intervenções direcionadas à garantia de direitos e diversidade dos usuários de drogas, a implantação da RD teve equívocos e prejuízos

na forma como aconteceu. A autora explicou que há necessidade de que as estratégias em redução de danos sejam amplamente discutidas pela sociedade (DOMANICO, 2006).

Valerio (2010) propôs uma pesquisa que objetivou conhecer como os profissionais de um Caps ad no Estado da Bahia realizavam e refletiam a prática da redução de danos no trabalho cotidiano em comparação ao modelo Redutor de Danos no plano da saúde e social.

A autora chama a atenção para o que ela denomina de “mal-dita liberdade”. Isto porque embora se reconheça a necessidade do respeito às opções dos usuários de drogas na forma como eles lidam com ela, eles são muitas vezes são subjugados a questões socioeconômicas que os impedem de exercerem sua cidadania.

Existe uma maldita liberdade, na qual o sujeito acredita que está escolhendo por conta própria, esquecendo-se de que existem circunstâncias que favorecem suas escolhas, ainda que seja sua a decisão final. Neste ponto, reside, então, a (mal) dita liberdade, pois só existe liberdade na escolha (VALERIO, 2010, p. 98).

Muitas vezes essas limitações ao exercício da cidadania é posto justamente pelas instituições governamentais que organizam a sociedade (Valerio, 2010).

A autora considerou que o empoderamento do sujeito, a integração comunitária, a liberdade nas escolhas e decisões, além de serem formas de combater as desigualdades é também meio eficazes para a existência da cidadania. A cidadania quando exercida por grupos como de usuários de drogas possibilita transformações sociais e rupturas com modelos de opressão, e abre possibilidades para o desenvolvimento humano empoderado e cidadão.

As situações de pobreza, restrições de direitos individuais e exclusões sociais ao longo dos dias interferem no desenvolvimento da cidadania ativa e constituem num desrespeito à dignidade humana nas palavras da autora. Ela demonstrou em seu estudo por meio da fala de um entrevistado que “o exercício da cidadania está na essência da Redução de Danos”, isto porque “essa estratégia amplia a possibilidade de cuidado e de acesso a bens e serviços de saúde e sociais, num exercício de empoderamento das pessoas afetadas pela miséria e por suas escolhas” (VALERIO, 2010, p. 102).

A evolução dos direitos humanos, os movimentos em torno da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, essa última com seus dispositivos substitutivos aos manicômios produziram e ampliaram mais poderes aos usuários de substâncias psicoativas rompendo com o estigma que os envolve na sociedade, buscando legitimar seus direitos enquanto cidadãos (DOMANICO, 2006; PACHECO, 2013; VALERIO, 2010). Nos Caps ad, por exemplo, por

meio da redução de danos utilizada pelos profissionais, buscam promover a mudança e desconstruir o preconceito e a intolerância da sociedade (VALERIO, 2010).

Por esse motivo a Redução de danos pauta-se nos direitos do cidadão e trabalha cotidianamente na tentativa de desconstruir na sociedade a marginalização do usuário de álcool ou outras drogas, pois

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 cidadãs do que outras. Portanto, a condição de cidadão passa a ser secundária em relação à de usuário de droga, ou seja, primeiro a pessoa é julgada por fazer uso de droga e, em decorrência disso, perde o reconhecimento de sua condição de cidadão (Delbon et al. 2006, p. 34 apud Anacleto et al. 2010, p. 54).

Ao concluir seu trabalho a autora considerou que apesar dos avanços advindos da Reforma Psiquiátrica e posterior oficialização dos Programas de Redução de Danos, a existência dessas estratégias ainda não significam que o direito de usar drogas de uma pessoa seja respeitado, e sim é mal visto pela sociedade. Esta não procura compreender as motivações existentes para o uso das substâncias, e também não entendem que nem todo tipo de uso é prejudicial à saúde.

O Caps ad é um dispositivo onde a Redução de Danos é uma diretriz do serviço, baseado no respeito à liberdade e cidadania dos sujeitos. Esse serviço tem ainda como proposta desconstruir o modelo de tratamento habitualmente tido como melhor e desmistificar as verdades pré-concebidas da sociedade com relação aos tipos de usos de drogas (VALERIO, 2010).

Por último, Valerio (2010) expôs que embora o tratamento em dependência química esteja direcionado conforme a Política de Drogas e os pressupostos da Redução de Danos ainda persiste um distanciamento entre o discurso, a teoria e a prática. Mas apesar disso, os profissionais estão empenhados em desenvolver a redução de danos como afirmação da liberdade e cidadania.

Santos (2012) também foi autora de pesquisa científica sobre a Redução de Danos. Em seu trabalho ela demonstrou que a RD surge como “caminho” onde são utilizados instrumentais que engrandecem a liberdade e a co-responsabilidade do usuário. Esses parâmetros acrescidos das diretrizes postas pela Política de Drogas consideram que todas as tentativas voltadas a redução do consumo ou dos danos causados pelo uso abusivo de substâncias psicoativas levam em consideração o contexto de vida dos seres humanos envolvidos, seu cotidiano, suas possibilidades, buscando elevar os fatores de proteção para os

usuários. Assim, Santos (2012) deixa claro que a proposta dessa política é o cuidado centrado no sujeito e não na doença, entendendo que cada ser humano tem suas singularidades, história de vida e contextos de vida diferenciados. Além disso, a autora não deixa de considerar a importância do território nesse processo, pois é a partir do território que surgem também as possibilidades para a melhor existência dos indivíduos.

O pensamento explicitado pela autora é consoante aos princípios estabelecidos pela Lei 11.343/2006 no que se refere:

I - o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade;

II - o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes;

III - a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania do povo brasileiro, reconhecendo-os como fatores de proteção para o uso indevido de drogas e outros comportamentos correlacionados (BRASIL, 2006).

Para Santos (2012) essas diferenças são indispensáveis na prática do cuidado, pois contribuem definitivamente na elaboração de estratégias para o cuidado dos sujeitos baseados na lógica do território, de suas comunidades, a fim de reafirmar o protagonismo e autonomia dos indivíduos.

Santos (2012), Pacheco (2013), Valerio (2010) julgam o paradigma da abstinência como única forma de tratamento um reforço de política antidemocrática, pois deixa de considerar o usuário de drogas como sujeito de direitos. Ao mesmo tempo, Laranjeira (2004) acredita que a abstinência é o resultado ideal no tratamento da dependência química, no entanto, não desconsidera alternativas que reduzem os danos. Santos (2012) entendeu, por meio de pesquisa, que o paradigma da abstinência intensifica a marginalização, exclusão e estigmatização dos usuários de drogas e retroage para os tempos onde o tratamento em saúde mental acontecia em lugares fechados e distanciava os usuários dos serviços da sua família e comunidade. Além disso, autora demonstrou o pensamento de Marlatt (1999) de que embora se pense, a RD não contrapõe a abstinência, mas que se deve aceitar novas possibilidades de tratamento que visem a reduzir os danos, superando dessa maneira preceitos moralistas e de tolerância zero.

Ancorada pela ideia de Marlatt (1999), Santos (2012) definiu que a redução de danos propõe uma variedade de políticas e de métodos que tem por objetivo a redução dos danos advindos dos comportamentos dos usuários de substâncias psicoativas, e que é a

sociedade sem drogas é uma ideologia. É preciso “inventar” um cuidado pautado no protagonismo dos sujeitos e na produção de autonomia, intervenções que possam “surpreender pedagogicamente” (Lancetti, 2007 apud Santos, 2012).

As ideias de redução de danos pautadas na autonomia, liberdade e cidadania dos usuários de drogas se identificam com a Política Nacional de Humanização que pensa o ser humano como ser igualitário aos demais. Assim a RD e PNH tem como mesmo objetivo a transformação nas formas de se produzir saúde considerando as singularidades de cada ser humano (Santos 2012).

As pesquisas até então utilizadas vão de encontro aos movimentos sociais com vistas à legitimação dos direitos fundamentais da Constituição Federal de 1988, Declaração dos Direitos Humanos, Política Nacional de Drogas, Política Nacional de Humanização, todas com único e exclusivo objetivo de trabalhar uma perspectiva de promoção de mudanças nas relações profissionais e sociais relacionados ao consumo de drogas. É nessa mesma direção que Totugui (2009) desenvolveu sua pesquisa sobre Redução de Danos.

Totugui (2009) construiu seu trabalho em busca de referências teórico-clínicas relacionados à psicoterapia na vertente da Redução de Danos, e também com a intenção de organizar os pensamentos de profissionais que vivenciam ou vivenciaram e defendem as estratégias de redução de danos.

Consoante às ideias apresentadas anteriormente, Totugui (2009) também considera que a sociedade ainda prima pela abstinência, o que dificulta as ações de RD conforme as políticas públicas. A autora considera que o preconceito e estigma criam um “cenário fechado e unilateral” que impede a ampliação de oportunidades e novas alternativas de vida para os usuários de drogas, aumentando a distancia entre os usuários e sua cidadania. Complementando as ideias de Pacheco (2013), Valerio (2010), Santos (2012) e Domanico (2006), Totugui (2009) acredita na redução de danos como uma maneira de aproximar o usuário da reflexão e responsabilização sobre suas escolhas, estimulando o autocuidado e a busca pela melhora da qualidade de vida, a partir de um processo pautado na liberdade, isento de imposições. Isto para a autora é um marco diferencial, pois respeita a cidadania do ser. “Implicar o usuário em suas escolhas significa, antes de tudo, ajuda-lo no resgate do direito de exercer sua liberdade, quesito essencial da noção de cidadania, um direito tutelado num passado tão presente” (TOTUGUI, 2009, p. 148).

Ao final, Totugui (2009) concluiu que a proposta de redução de redução não se apresenta como uma “cura”, mas sim como meios para a construção de alternativas com vistas a uma vida mais longa e saudável quebrando a lógica de cronificação do uso,

institucionalização, e elevação de práticas mais humanas que garantam aos sujeitos espaços de participação cidadã. Ou seja, a possibilidade de uma clínica que aceite as contradições, os recomeços e proponha saídas para os agravamentos do uso de substâncias de forma terapêutica e cidadã.

Conte et al. (2004) escreveu um artigo discorrendo sobre a nova concepção de Redução de Danos que está para além da saúde, considerando também aspectos sociais, por exemplo.

Contudo, seus resultados têm despertado um entendimento ainda mais abrangente do que RD significa e pode significar, dando origem a uma noção de Redução de Danos Ampliada, ou seja, uma ação que busca a interface com os diversos setores (judicial, educacional, saúde, entre outros) e com uma lógica que possa ser aplicada nas diferentes demandas sociais, e não apenas na saúde (CONTE ET AL. 2004).

Conte et al. (2004) considerou que a Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária significaram novas reflexões no campo da saúde mental, propondo novas formas de cuidado com o portador de transtorno mental e posteriormente com os usuários de substâncias psicoativas. Essa nova proposta vinha de encontro ao desejo de ruptura da visão moralista e preconceituosa da sociedade. Os autores elegeram a Reforma Sanitária e a criação do SUS como um importante passo para que os pacientes passassem a serem tratados como sujeitos de direitos, condizendo com os princípios do SUS, em especial, com o princípio da universalidade.

As estratégias em Redução de Danos reconhecem a importância social dos sujeitos, e cria e mantém a os canais e oportunidades abertos a fim de que se promova saúde e cidadania. Isto, porque os autores também acreditam que não é possível uma sociedade sem drogas e que devem ser realizados trabalhos em saúde desprovidos de preconceitos sociais e centrando se no individuo e nas suas reais necessidades (CONTE et al. 2004).

Conte et al. (2004) também considera a RD como meio terapêutico eficaz para promoção de saúde e cidadania, pois oferece formas de melhorar a qualidade de vida, reduzir danos e respeitar a liberdade de escolha dos indivíduos envolvidos com o uso de substâncias psicoativas. “Na RD, são contempladas a liberdade de escolha e a responsabilidade pessoal” (CONTE ET AL. 2004, p. 64).

Assim, os estudos de Conte (2004) coincidem com os resultados das pesquisas explicitadas anteriormente quando refere à Redução de Danos como um meio de promoção em saúde e afirmação da cidadania. “Pode-se considerar como ponte para um resgate efetivo de cidadania”.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa revisão bibliográfica foram de grande valia e norteadoras de constatações importantes. A partir das análises formuladas por Hanna Arendt (1989), Piovesan (2004, 2008), Valerio (2010), Totugui (2009) compreendemos que a prática da Redução de Danos ainda necessita de um discurso mais amplo a fim de romper paradigmas e respeitar de fato os direitos da pessoa. Isto porque embora haja uma definição na Política Nacional, a sociedade ainda pensa o tratamento de drogas como uma concessão. Além disso, o usuário de drogas ainda é visto apenas como “drogado” sendo assim, destituído dos seus direitos perante a sociedade. Esta por sua vez, ainda se encontra com ideias pautadas no combate às drogas e no proibicionismo do seu uso.

O avanço no campo dos Direitos Humanos foi imprescindível e muito significativo nas conquistas dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e dos usuários drogas. A partir do movimento de construção de direitos ou reintegração de direitos dessas pessoas viu-se a possibilidade de uma intervenção terapêutica pautada na cidadania. Isto de fato é a ideia norteadora dos serviços de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas. A Redução de Danos é uma inovação no tratamento de drogas, pois respeita a singularidade dos sujeitos, a liberdade de escolha. Isto é consoante à legislação brasileira e as políticas públicas para drogas no Brasil que foram construídas baseadas na prioridade da atenção integral e humanista.

No entanto, apesar de atualmente haver uma Política norteadora das ações em saúde mental para usuários de substâncias psicoativas, persiste a polarização de discurso da sociedade acerca do uso e não uso de drogas. As equipes multidisciplinares inseridas no trabalho com dependentes químicos trabalham em busca da ruptura desse paradigma da abstinência. Assim, se faz necessário que ocorra uma mudança na cultura da sociedade que ainda considera a abstinência como único recurso para tratamento em dependência química. Essa polarização que ao longo desse estudo foi destacada cria empecilhos para um debate mais profundo acerca da problemática dessa questão. Essa postura desconsidera novas possibilidades para as questões relativas à droga e seus modos de enfrentamento, centrando-se na lógica da marginalização e segregação dos usuários (SANTOS, 2012).

A Redução de Danos ganhou novas formas de práticas em saúde, e se define bem em uma prática de incentivo a tratamento baseados em direitos e liberdades individuais sem desconsiderar as possibilidades, necessidades e desejos de cada usuário.

Conte et al. (2004) expõe que a Redução de Danos é uma nova forma de se fazer saúde, pois rompe com a ideia higienista, se desprovê de julgamentos e cria as condições para superação das dificuldades considerando o contexto do usuário.

As ações e discussões acerca do tratamento para drogas devem seguir a direção da não culpabilização do sujeito, na criação de possibilidades de cuidado centradas no sujeito e não na doença, ampliando a visão de usuário drogada para a de sujeito de direitos. Ações praticadas nessa direção fazem valer os princípios e diretrizes da Política de Saúde Mental, Política de Drogas, Política Nacional de Humanização e Declaração Universal dos Direitos. Além disso, contribuem para a ampliação de uma clínica que considera a realidade e contexto dos sujeitos e se pauta na cidadania. Essa nova clínica além de considerar o sujeito em sua singularidade, o faz em consonância com a atual Política de Saúde Mental que se consolida em um tratamento de base comunitária. O foco desse tratamento é o cuidado em saúde emergente do protagonismo dos sujeitos.

As intervenções profissionais junto a usuários de drogas baseadas na redução de danos possibilitaram o vislumbre de expressões da questão social que estão para além do uso de drogas. Dessa maneira, novas formas de acesso a tratamento e a busca pela universalização deste foram os responsáveis pela produção de um novo lugar de cidadania para esses sujeitos (CONTE et al. 2004). Esse novo lugar de cidadania é uma proposta de fazer novos modos de vida para esses sujeitos e de buscar a afirmação das diferenças na sociedade.

A Redução de Danos tem buscado a ruptura do modelo biomédico, centrando-se no sujeito, seus desejos, singularidades e saúde, deixando de ser apenas uma intervenção com vistas à prevenção de doenças transmissíveis, passando a demonstrar uma postura de respeito à liberdade do sujeito que é usuário de substâncias psicoativas (CONTE et al. 2004)

Deprendemos que o necessário não é acabar com as drogas, pois elas existem desde o início da humanidade e estarão presentes pelo resto dela. Trata-se de “[...] que não está necessariamente ligado a ações que visem uma interrupção do consumo, ou apenas a redução. Trata-se de paradigma que se constitui na visão de uma busca por qualidade de vida e no resgate da cidadania pelos usuários de drogas” (TOTUGUI, 2009, p. 176).

Considerando os aspectos mencionados acima podemos inferir que a questão dos problemas decorrentes do uso abusivo de drogas ainda é complexa e demanda por um amplo debate nas instâncias governamentais e civis. Sendo assim, ainda se constitui como um grande desafio à Saúde Pública e é imprescindível que os tratamentos disponibilizados pelo SUS sejam amplamente publicizados de forma que atinja o maior número possível de pessoas de forma integral e equânime. Além da informação é necessário que as políticas públicas sejam

complementares e que o programa de Redução de Danos receba mais recursos, principalmente humanos, como forma de garantia de saúde, cuidado e cidadania para as pessoas que hoje são dependentes de substâncias químicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALMEIDA, K.S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A.K. **Empoderamento e atenção psicossocial**: notas sobre uma associação de saúde mental. **Interface** - Comunic., Saúde, Educ., v.14, n.34, p.577-89, jul./set. 2010.

AMARANTE, Paulo. **Novos sujeitos, novos direitos**: o debate em torno da reforma psiquiátrica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300024&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 12 de janeiro de 2015.

ANACLETO, Aline Ariana Alcântara. et al. **Sexualidade e Vulnerabilidade**: Reflexões sobre a política de redução de danos. In Saúde e Desenvolvimento Humano. Org. Tania Gracy Martins do Vale, Lígia EbnerMelchiori. São Paulo: Cultura Academica, 2010.

ARCELO, Adalberto Antonio Batista. **A historia dos sistemas de pensamento e as condições de possibilidade do discurso dos direitos humanos no Brasil hoje**. In Cidadania e Inclusão Social: estudos em homenagem à professora Miracy Barbosa de Sousa Gustin / Org: Flávio Henrique Unes Pereira, Maria Tereza Fonseca Dias. Belo Horizonte: Fórum, 2008.

ARENDDT, Hanna. As origens do Totalitarismo. Companhia das Letras, 1989.
BABINSKI, Tatiane; HIRDES, Alice. **Reabilitação psicossocial**: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 13, n. 4, Dec. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 09 de janeiro de 2015.

BOBBIO, Norberto. **A era do dos direitos**. Nova Editora. Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Título VIII. Seção II. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento

apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Portaria GM nº 816, de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. Brasília, 2002.

BRASIL. Portaria nº 1.059, de 4 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASILIA. **O uso de Substâncias psicoativas no Brasil:** módulo 1. 5. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

BRASILIA. **O uso de Substâncias psicoativas no Brasil:** módulo 5. 5. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014

BRITO, Fausto. **A ruptura dos direitos humanos na filosofia política de Hannah Arendt /** Fausto Brito. – Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2010.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil.** O longo Caminho. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social.** - Brasília: CFP, 2013.

CONTE, M. et al. **Redução de danos e Saúde Mental na Perspectiva da Atenção Básica.** Boletim de Saúde . Vol. 18. Nº 1. Janeiro. 2004.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **O movimento antimanicomial:** movimento social de luta. In Prima Facie. Vol. 05, Nº 08. 2006. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/primafacie/article/view/7186>> Acessado em 10 de janeiro de 2015.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Notas sobre Cidadania e Modernidade.** 1999. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/2087>> Acessado em: 08 de janeiro de 2015.

DAMATTA, Roberto. **A CASA & A RUA: ESPAÇO, CIDADANIA, MULHER E MORTE NO BRASIL.** 5ª edição. Rio de Janeiro, 1997.

DELGADO. Lucilia de Almeida Neves. **Cidadania e república no Brasil:** historia, desafios e projeção do futuro. In Cidadania e Inclusão Social: estudos em homenagem à professora Miracy Barbosa de Sousa Gustin / Org: Flávio Henrique Unes Pereira, Maria Tereza Fonseca Dias. Belo Horizonte: Fórum, 2008.

DOMANICO, Andrea. **Crackeiros e Crackeados:** Bem vindo ao mundo dos Noias! Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. Salvador, 2006.

FEITOSA, Maria Luiza Pereira de Alencar Mayer. **Direitos humanos, econômicos, sociais e culturais**. 2006. Disponível em <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/primafacie/issue/view/520>> acessado em 24 de dezembro de 2014.

FERREIRA, Maria Cristina Fernandes. **Necessidades Humanas, Direito à Saúde e Sistema Penal**. 2008. Disponível em: <http://bdtb.bce.unb.br/tesdesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=4196> Acessado em 10 de janeiro de 2015.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo et al . **Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 13, supl. 2, Dec. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900016&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 09 de janeiro de 2015.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. Ega, 1996.

KLEBA, Maria Elisabeth; WENDAUSEN, Agueda. **Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política**. Saude soc., São Paulo , v. 18, n. 4, Dec. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400016&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 10 de janeiro de 2015.

LAFER, Celso. **A reconstrução dos direitos humanos: a contribuição de Hannah Arendt**. Estud. av., São Paulo , v. 11, n. 30, Aug. 1997 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141997000200005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 09 de janeiro de 2015.

LARANJEIRA, R. **Políticas Públicas para o Álcool**. São Paulo: Roca, 2004.

LIMA, Helizett Santos de. **Consultório na rua em Goiania: atenção a pessoas em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas**. 2013.

LUNARDI, Giovani Mendonça. **A fundamentação moral dos direitos humanos**. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802011000200007&lng=pt&nrm=iso> Acessado em 24 de dezembro de 2014.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed. - São Paulo : Atlas 2003.

MARINS, L. F. C; FIGUEIREDO, M. G. **O Conceito de Danos Sociais na Estratégia de Redução de Danos Aplicada ao Usuário de Álcool e outras Drogas**. s.d. Disponível em: <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Oconceitodedanosociaisnaestrategiadereducadodanosaplicadaaousuariodealcooleoutrasdrogas.pdf> . acessado em 12 de janeiro de 2015.

MARLATT, G. Alan. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MEDEIROS, J. B. **Redação científica: a prática de fichamentos, resumos, resenhas.** 11 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

NASCIMENTO, Rodrigo Costa do. **Loucura e cidadania: avanços e impasses da reforma psiquiátrica brasileira / Rodrigo Costa do Nascimento.** - Rio de Janeiro: UFRJ/ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, 2009.

OLIVEIRA, Ryan de Sousa. **Colonização Alemã e Poder: A Cidadania Brasileira em construção e discussão (Rio Grande do Sul 1863-1889).** 2008, disponível em <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/5688/1/2008_RyanSousaOliveira.pdf> Acessado em 08 de janeiro de 2015.

PACHECO, Maria Aniana Araújo Gomes. **Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE / Maria Aniana Araújo Gomes Pacheco.** — 2013.

PÉREZ-LUÑO. Antonio. **Los derechos fundamentales.** 7. ed. Madrid: Tecnos, 1998.

PINSKY, J.; PINSKY, C. B. (Orgs.). **História da cidadania.** São Paulo: Contexto, 2005.

PIOVESAN, F. **Direitos Humanos, Globalização Econômica e Integração Regional. In Direitos Econômicos, Sociais e Culturais Humanos.** Org. Jayme Benvenuto Lima Jr. Plataforma Interamericana de Direitos Humanos, Democracia e Desenvolvimento. 2004.

PIOVESAN, F. **A Constituição Brasileira de 1988 e os tratados internacionais de proteção dos direitos humanos.** EOS Revista Jurídica da Faculdade de Direito, v. 2, n. 1, 2008.

SANTOS, Núbia Schaper et al . **A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.** Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 20, n. 4, Dec. 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 08 de janeiro de 2015.

SANTOS, W. G. dos. **A praxis liberal e a cidadania regulada.** In: _____. Décadas de espanto e uma apologia democrática. Rio de Janeiro: Rocco, 1998. p.63-114.

SANTOS, Loiva Maria de Boni. **PARA ALÉM DO RESENTIMENTO: por uma Clínica do Possível no cuidado de pessoas que usam drogas.** Porto Alegre, 2012.

SARACENO. B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Cora; 1999.

TOTUGUI, Marcia Landini. **Possibilidades integradoras da redução de danos na perspectiva da complexidade – Um estudo teórico clínico no contexto da psicoterapia de dependentes químicos.** Brasília, 2009.

VALERIO, Andreira L. Ribeiro. **A (Mal)dita liberdade e cidade: A Redução de Danos em questão.** Salvador: 2010. Disponível em <<http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/%28Dissertacao-Andr%e9aLRValerio-2010-Final-2.doc%29.pdf>> . Acessado em 30 de julho de 2014.