



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Movimentos Sociais e Serviço Social

REFLEXÕES SOBRE A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL

Vanécia Barbosa Silva¹
Rocicleide Freitas Pinheiro²

Resumo: O presente trabalho aborda a Política de Redução de Danos, entendendo essa política como uma ética, haja vista que se trata de uma nova forma de pensar as drogas e o seu uso na sociedade. Para tanto, optou-se por um estudo reflexivo, que foi organizado com base em documentos e outras pesquisas acadêmicas disponibilizadas em bases acadêmicas como Scielo, Lilacs e BVS. O estudo foi todo estruturado para atender ao objetivo de refletir sobre a implantação da política de Redução de Danos no Brasil. Acredita-se que tal deliberação tem relação direta com os parâmetros de atuação do assistente social, uma vez que esse profissional encontra-se inserido nessa área de intervenção e defende valores como a liberdade e reivindica princípios como a garantia de direitos. As considerações a partir do estudo produzido revelam que ao longo do processo socio-histórico, a política de Redução de Danos avançou em vários aspectos e a cada dia se fortalece, todavia ainda vivencia preconceitos e resistência por parte importante da sociedade.

Palavras-chave: Redução de Danos. Drogas. Assistente Social.

Abstract: The present work deals with the Harm Reduction Policy, understanding this policy as an ethics, given that it is a new way of thinking about drugs and their use in society. For that, a reflective study was chosen, which was organized based on documents and other academic research available in academic bases such as Scielo, Lilacs and VHL. The study was structured to meet the objective of reflecting on the implementation of the Harm Reduction policy in Brazil. It is believed that such deliberation is directly related to the parameters of the Social Worker, since this professional is inserted in this area of intervention and defends values such as freedom and claims principles such as the guarantee of rights. The considerations from the study produced reveal that throughout the socio-historical process, the policy of Harm Reduction has advanced in several aspects, every day is strengthened, yet still experiences prejudices and resistance by an important part of society.

Keywords: Harm Reduction. Drugs. Social Worker.

O USO DE DROGAS NA SOCIEDADE: UM CAMINHAR A PARTIR DA REDUÇÃO DE DANOS

A origem da Redução de Danos se dá de forma discreta, sua trajetória tem início na Europa com o intuito de minimizar a proliferação do vírus HIV. Porém, com o passar do tempo, esta estratégia vai alcançando resultados positivos, ganha visibilidade e depois de grandes lutas e reivindicações é reconhecida e legalizada como uma política de saúde pública, sendo definida como:

[...] “uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas” (ANDRADE et al., 2001, p. 53 apud ARAUJO, 2013, p.

¹ Estudante de Graduação, Faculdade de Tecnologia do Nordeste, E-mail: bvanecia@gmail.com.

² Estudante de Graduação, Faculdade de Tecnologia do Nordeste, E-mail: bvanecia@gmail.com.

28).

Os primeiros movimentos relacionados à Redução de Danos aconteceram na Inglaterra, em 1926, substanciados pelo Relatório de Rolleston, documento que estabelecia direitos aos médicos para a prescrição de opiáceos aos usuários de substâncias psicoativas como uma forma de tratamento. Contudo esse documento, sem respaldo político e sistemático, sofreu de legitimidade (LARANJEIRA, 2004, apud ARAUJO, 2013).

Esse movimento da Redução de Danos por cerca de cinco décadas manteve-se inalterado. Entretanto, com o crescimento das doenças imunoadquiridas entre a população mundial, fenômeno que marcou o cenário internacional no intervalo de 1926 a 1980, países da Europa reconheceram a necessidade de implantar programas objetivando reduzir o risco de transmissão do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e disseminação das hepatites virais, principalmente entre usuários de drogas injetáveis (MESQUITA, 1998; LARANJEIRA, 2004, apud ARAUJO, 2013).

Contudo, a Redução de Danos surge como uma forma de minimizar os índices de proliferação dessas doenças, tendo em vista que a sua contaminação na maioria das vezes se dava por meio do compartilhamento de seringas e agulhas usadas para injetar drogas.

Esses programas implantados na década de 1980, incluíram a Redução de Danos como uma estratégia fundamental para o tratamento dos usuários de substâncias psicoativas objetivando melhores condições de saúde frente à fragilidade das terapias tradicionais, orientadas pela abstinência (MESQUITA, 1998; LARANJEIRA, 2004, apud ARAUJO, 2013).

Na década de 1980, a Holanda teve o seu primeiro programa legalizado de Redução de Danos em decorrência dos movimentos que discutiam questões referentes à epidemia da AIDS e hepatite B nas organizações não governamentais e associações dos usuários de substâncias psicoativas injetáveis. Essas discussões emergiram devido às dificuldades de acesso dos usuários de substâncias psicoativas injetáveis a agulhas e seringas nas drogarias. O descontentamento dos usuários de drogas injetáveis frente a essa realidade motivou-os a exigirem das autoridades sanitárias melhorias no acesso às agulhas e seringas (LARANJEIRA, 2004, apud ARAUJO, 2013).

No ano de 1989 iniciaram-se as práticas de Redução de Danos no Brasil, na cidade de Santos, local onde predominava a maior taxa de infectados pelo vírus da AIDS. Na ocasião, ao ser criada a Secretária de Saúde, implantou-se o primeiro programa destinado à troca de seringas, intitulado Programa Municipal de AIDS, que aconteceu durante a gestão de David Capistrano, secretário de saúde e militante nas Reformas Psiquiátrica e Sanitária. Assim surgiu o primeiro Programa de Redução de Danos no Brasil, que teve como foco os

usuários de drogas injetáveis (MESQUITA; BASTOS 1998 apud ARAUJO, 2013).

Esse foi o primeiro programa de Redução de Danos no Brasil, no entanto foi interrompido por meio de uma intervenção judicial, a qual alegava que o programa era um incentivo ao uso de drogas. O poder judiciário autuou como autores de crime de facilitação ao uso de drogas os coordenadores do serviço, enquadrando-os como traficantes. Na ocasião, a lei vigente para a prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes, no Brasil, era a lei 6.368, datada de 1976 (BUENO, 1994; MESQUITA, 1998 apud ARAUJO, 2013).

Após esse acontecimento, diversos movimentos surgiram em universidades, associações de usuários de drogas, organizações governamentais e não governamentais, em que ações de Redução de Danos foram realizadas frente ao crescente consumo de drogas e a disseminação do vírus HIV (MESQUITA; BASTOS, 1998, apud ARAUJO, 2013).

Em 1990, a organização não governamental Instituto de Estudo e Pesquisa em AIDS de Santos (IEPAS) foi para as ruas, na clandestinidade, distribuir as seringas limpas para UDI e ensiná-los a limpar os equipamentos de uso de drogas injetável (PICONEZ; TRIGUEIROS; HAIEK, 2006 apud NIEL; SILVEIRA, 2008).

“Em 1991, o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) iniciou um trabalho pioneiro em São Paulo com *outreach workers*”. Os pacientes atendidos pelo serviço foram treinados para distribuir hipoclorito de sódio e orientar os UDI a desinfetarem suas seringas e a não compartilharem seus equipamentos de injeção com outros usuários (PICONEZ; TRIGUEIROS; HAIEK, 2006 apud NIEL; SILVEIRA, 2008, p. 14).

Em 1993, sob a coordenação do IEPAS e com financiamento da Coordenação Nacional de DST e AIDS, do *United Nations Drug Control Programme* (UNDCP) e do Banco Mundial, deu-se início, no Brasil, ao primeiro projeto oficial envolvendo agentes de saúde na “cena de uso de drogas” (*outreach workers*). O projeto recrutou e treinou UDI e ex-UDI para trabalharem junto a seus pares em programas de prevenção em educação para saúde (BASTOS; MESQUITA, 2001 apud NIEL; SILVEIRA, 2008, p. 14).

Em 1994, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST e AIDS, em parceria com o UNDCP e o Banco Mundial, retomou a estratégia de RD através da elaboração de um projeto de prevenção ao abuso de drogas, DST e AIDS, no qual a troca de seringas descartáveis aos UDI constava como um subprojeto (FLACH, 1996 apud NIEL; SILVEIRA, 2008).

Em abril de 1995, pesquisadores e profissionais de saúde da Universidade Federal da Bahia (CE-TAD/UFBA) implantaram de forma pioneira, com recursos próprios e com

cooperação com instâncias locais e regionais, o primeiro programa de troca de seringas no Brasil (BASTOS; MESQUITA, 2001 apud NIEL; SILVEIRA, 2008).

Em 1997, cria-se a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) e diversos fóruns se propõem ao investimento em políticas públicas voltadas para a temática das drogas. Além da Aborda, surge a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC). Na ocasião, a categoria dos redutores de danos inicia o desenvolvimento de ações territoriais diretas junto aos usuários de drogas (DOMANICO; MACRAE, 2006 apud ARAUJO, 2006).

No mesmo ano, em São Paulo, é fundada a Rede Latino-Americana de Redução de Danos (RELARD), é realizada a IX Conferência Internacional de Redução de Danos, ocasião em que foi anunciada a regulamentação da Lei nº9.758/1997, da autoria do Deputado Estadual Paulo Teixeira, que legitimou a troca de seringas, em vigor até os dias atuais (DUARTE, 2011 apud ARAUJO, 2008).

Destaca-se ainda, do período de 1986 até 1997, o Programa Nacional de DST/AIDS que visou solucionar a disseminação do vírus HIV (DOMANICO; MACRAE, 2006 apud ARAUJO, 2008).

Após esse percurso, o Ministério da Saúde formalizou a Redução de Danos como política oficial da AIDS. Iniciou-se, então, a implementação dos programas de Redução de Danos em dez estados brasileiros, “por apresentarem um quadro epidemiológico com alta notificação de casos de AIDS pelo uso de drogas injetáveis” (DOMANICO, 2006, p. 75 apud ARAUJO, 2008, p.32).

No ano de 1997, em Brasília, a Secretária Nacional Antidrogas (SENAD) realizou o I Fórum Nacional Antidrogas, momento que resultou em um relatório incluindo “as Estratégias de Redução de Danos como uma das políticas públicas voltadas para o enfrentamento da questão das drogas”. (NIEL; SILVEIRA, 2008, p.15).

O Sistema Nacional Antidrogas – SISNAD, regulamentado pelo decreto nº3.696 de 21/12/2000, orienta-se pelo princípio básico da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada e cidadãos – considerados individualmente ou em suas livres associações. A estratégia visa ampliar a sua consciência social para a gravidade do problema representado pela droga e comprometer as instituições e os cidadãos com o desenvolvimento das atividades antidrogas nos países, legitimando, assim o sistema (BRASIL, 2001).

O ano de 1998 foi marcado por um grande desenvolvimento das estratégias de RD no Brasil. Em janeiro foi fundada em São Paulo, a Rede Latino-Americana de Redução de Danos (RELARD), com o objetivo de promover ações de RD, priorizando-se a prevenção da

transmissão do HIV/AIDS entre UDI, dentro de uma proposta fundamentada na promoção de saúde pública e respeito aos direitos humanos e à cidadania na América Latina (BASTOS; MESQUITA, 2001 apud NIEL; SILVEIRA; 2008).

Em novembro, a Secretária Nacional Antidrogas (SENAD) realizou em Brasília o I Fórum Nacional Antidrogas. O relatório do evento incluiu, pela primeira vez no Brasil, as “Estratégias de Redução de Danos” como uma das políticas públicas voltadas para o enfrentamento da questão das drogas (BASTOS; MESQUITA, 2001 apud NIEL; SILVEIRA, p. 15).

No ano de 1998, o governo do estado de Santa Catarina sanciona a Lei 11.063 de 28 de dezembro de 1998, na qual autoriza a Secretária de Estado da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas e estabelece outras providências (BRASIL, 2010).

Em dezembro de 2000, o Rio Grande do Sul passou a contar com a Lei nº11.562, que dispõe sobre as atividades de RD entre usuários de drogas endovenosas, visando prevenir e reduzir a transmissão de doenças e da AIDS (NIEL; SILVEIRA, 2008, p. 15).

Em setembro de 2001, o governador do Espírito Santo sancionou a lei que autoriza a Secretária de Saúde a adquirir e distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas injetáveis, e obriga hotéis, motéis e estabelecimentos similares a fornecerem, gratuitamente, preservativos aos seus frequentadores (NIEL; SILVEIRA, 2008).

Portanto pode-se observar que as primeiras abordagens de Redução de Danos tinham como objetivo primário reduzir o crescimento desencadeado do vírus HIV. Contudo, com o avanço dessas práticas de Redução de Danos, com o passar dos anos, vão se consolidando, ganhando mais espaço e se expandindo para outros patamares, focalizando seus objetivos no seu público-alvo, que são os usuários de drogas.

Pode-se afirmar “que a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas” (2003) passou a olhar para os usuários de drogas como pessoas e começa a ter um pensamento menos centrado no controle e na repressão. A redução de danos opera, dessa forma, visando o bem-estar do paciente, buscando a melhoria dele como também da população, operando com os princípios da reforma psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde. As ações da política de redução de danos no CAPS ad são regulamentadas por meio da portaria nº 1.059, de julho de 2006.

Em 2005, mais precisamente no dia 04 de julho de 2005, o Ministério do Estado da Saúde cria a Portaria nº1.059, na qual destina incentivo financeiro para o fomento das ações de Redução de Danos em Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas-CAPS ad e dá outras providências (BRASIL, 2005).

Em 2006 foi criada a lei 11.343 de 23 de agosto de 2006, esta lei traz de forma mais explícita as atividades de prevenção ao uso de drogas, propõe uma distinção entre usuário e traficante, porém não deixa claros os critérios para esta diferenciação, esta lei também aponta para o cuidado com o usuário de drogas.

Art.18. Constituem atividades de prevenção do uso indevido de drogas, para efeito desta lei, aquelas direcionadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção.

Art.22. As atividades de proteção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes.

I- respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde da Política Nacional de Assistência Social;

II- a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção Social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

III- definição do projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos à saúde;

IV- atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais (BRASIL, 2006).

Contudo essas propostas trouxeram novas experiências que permitiram uma ruptura com as condutas tradicionais que eram desempenhadas anteriormente, que na sua maioria os rotulavam e os criminalizavam. A política trouxe grandes avanços, mas também ocorreram retrocessos desde então, a sociedade em geral ainda demonstra dificuldade em falar sobre drogas, como também em observar algo mais além das drogas, existe resistência numa aproximação para com o usuário. Uma questão que torna o usuário invisível o descaracterizando como uma pessoa detentora de direitos, invisibilidade que é imposta pelas autoridades e que a própria sociedade reproduz. Mas fugir do problema não resolve, Mota (2010) esclarece mais a esse respeito.

[...] a própria sociedade se 'droga' com as 'drogas' criando sua toxicomania, buscando ocupar, sobretudo, de problemas sócio estruturais e culturais muito profundos, assim como de angústias existenciais, desemprego, miséria, guerras internas e externas, conflitos geracionais, mudanças velozes na cultura dentre outras questões [...] Por vezes, tem-se a impressão de que nada mais acontece na sociedade a não ser a droga, a violência e suas consequências (MOTA, 2010, p. 20).

Portanto é precisamente em 2003 que os usuários de drogas vão ter visibilidade por meio da política de redução de danos, a política que o Ministério da Saúde orienta no Sistema Único de Saúde (SUS) nos seguintes campos em que ela é desempenhada, como as Unidades de Atenção Básica, Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS ad) e hospitais gerais.

A política de Redução de Danos é desempenhada na perspectiva não proibicionista, pelo contrário, esta não opera buscando a proibição, mas tem por objetivo a Redução dos Danos sejam estes sociais ou à saúde. Machado e Boarini (2013) explanam mais acerca do

assunto.

A história nos mostra que as estratégias de [RD] redução de danos evoluíram, não estando mais voltadas somente às drogas ilícitas e aos danos associados ao uso de drogas injetáveis. Também se expandindo, sendo aplicados a outros contextos que não apenas o médico. Concomitantemente, a RD ganhou lugar nas políticas públicas voltadas para as questões relacionadas às drogas e status de legalidade em diversos países e estados. Desde 1998, várias organizações não-governamentais e redes têm sido criadas com o objetivo de apoiar iniciativas de RD e desenvolver atividades nesse campo. Entretanto, há muito que se conquistar. No Brasil apesar de seis estados disporem de leis sobre o assunto, as ações de RD ainda se apresentam, publicamente de forma tímida (MACHADO; BOARINI, 2013, p. 5).

A Redução de Danos trabalha visando a autonomia dos indivíduos, fugindo do viés de criminalização e punição. Essa política trabalha com o protagonismo do usuário, que é mascarado pela a sociedade. Várias são as ações e as políticas que são fundadas no intuito de combater as drogas, sempre no viés proibicionista no qual o usuário, de modo geral, não é priorizado com base nas suas vontades.

A RD atua perante as particularidades de cada sujeito, a qual é norteada por princípios e legislações e essa política faz parte dos princípios da RAPS. A RAPS opera perante os seguintes princípios: Respeito aos direitos humanos; Cuidado e liberdade; Combate a estigmas e preconceitos; Diversificação das estratégias de cuidado; Promoção de autonomia; Estratégias de redução de danos; Controle social dos usuários e de seus familiares; Estratégias de educação permanente; Construção do projeto terapêutico singular.

Diante desses princípios é importante destacar a política de redução de danos e os seus objetivos segundo a RAPS. Dentre as diretrizes de cuidado da RAPS, destacamos como uma estratégia de saúde pública, pautada no princípio da ética e do cuidado, a Redução de Danos (RD), a qual visa diminuir o risco das vulnerabilidades social, individual e comunitária, associado ao uso, abuso e dependência de drogas. A abordagem da RD reconhece o usuário em suas singularidades e, mais do que isso, constrói com ele estratégias focando na defesa de sua vida (BRASIL,2003).

A RD é diferenciada por três importantes princípios: Pragmatismo: mesmo tendo a compreensão que para a maioria das pessoas o ideal seria parar de usar drogas, porém sabemos que isso em muitos casos é difícil, demorado ou mesmo inalcançável; no entanto é importante oferecer serviços a essas pessoas independente de suas escolhas. Tolerância: A estratégia de Redução de Danos é tolerante, pois evita julgamentos morais sobre os comportamentos e as práticas sexuais, evitando assim condutas autoritárias e preconceituosas. Compreensão da diversidade: a diversidade ocorre, pois, se compreende que cada sujeito tem uma relação particular com cada substância, e que não podem ser abordados da mesma maneira, pois todos são diferentes. (BRASIL, 2016).

Portanto quando se fala em Redução de Danos, se fala em qualidade de vida, levando em consideração as particularidades de cada indivíduo. “Pensar redução de danos é pensar práticas em saúde que considerem a singularidade dos sujeitos, que valorizam sua autonomia e que traçam planos de ação que priorizem sua qualidade de vida” (VINADE, 2009, p. 64).

Quanto ao processo de estigmatização que os usuários estão submetidos rotineiramente, em que são rotulados socialmente, Silveira contribui da seguinte forma:

Dessa forma, a estigmatização pode ser compreendida como um processo dinâmico e contextual, produzido socialmente, moldado por forças históricas e sociais, moderado por efeitos imediatos do contexto social e situacional sobre a perspectiva do estigmatizador, estigmatizado e da interação entre os dois (SILVEIRA et al., 2009, p. 12).

A estigmatização, que é dada ao usuário de drogas, em especial de drogas ilícitas, é algo que é uma construção social, que se constrói no cotidiano da sociedade. Conforme afirma Rozani et al. (2014, p. 25), “o estigma é uma construção social que representa uma marca, a qual atribui ao portador um status desvalorizado em relação aos outros membros da sociedade”.

Vale ressaltar que o processo de estigmatização também ocorre em algumas instituições de saúde, o que algumas vezes acaba impondo barreiras no acesso aos serviços de saúde.

A alta exigência em torno da abstinência implica ainda censuras e recriminações aos episódios de recaída ou reincidência ao uso de drogas, tornando as instituições de saúde espaços pouco acolhedores àqueles estigmatizados como “fracos”, “vagabundos”, “sem vergonha”, “imorais” (ALVES, 2009, p. 118).

A RD vai a sentido contrário ao da estigmatização, pois não opera com a dinâmica da exclusão ou da moral, pelo contrário, atua perante a vontade de liberdade do sujeito como também de suas responsabilidades. Como ressalta Gaulejac (2006), quando a estigmatização ocorre na área da saúde, os danos ocasionados para o paciente são mais significativos do que a própria doença que o fez procurar o serviço.

Os dependentes químicos são rotulados com termos como bêbado, safado, imoral, cachaceiro, viciado, pé inchado, entre outros. Todas essas concepções estão diretamente ligadas a uma avaliação moral, que indica fraqueza, caracterizando o estigma. Um jargão popular sintetiza bem a questão: “uma vez drogado, sempre drogado!”, isso indica um desvio de comportamento pouco tolerado, e reafirma a grande marca recaída sobre os dependentes químicos (GAULEJAC, 2006, p. 34).

A RD trabalha com a desconstrução desses estigmas, pois permite que o usuário fale sobre suas ideias e suas vontades. Portanto a Redução de Danos opera com a autonomia

do sujeito, autonomia esta que visa a diminuição dos danos sociais e a sua reinserção social. Para tanto, se faz necessário o enfrentamento e a desconstrução de estigmas que foram construídos no seu cotidiano.

A reconstrução do eu, desfeito pelo estigma perpassa um longo caminho que precisa ser encarado com todas as forças e ajuda de muitas pessoas, principalmente os familiares e a comunidade local. Todos devem saber o que é o estigma e como se pode combatê-lo, transformar a não pessoa em pessoa completa e repleta de direitos e respeito; devolver a personalidade que lhe foi castrada (MOTA, 2010).

Com relação à política de Redução de Danos, que também faz parte da RAPS, Rede de Atenção Psicossocial, que é uma Política Nacional de Saúde Mental, que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de organizar assistência às pessoas com necessidades de tratamentos e cuidados específicos em Saúde Mental. Abrange a atenção às pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias de uso psicoativas (álcool, cocaína, crack e outras drogas).

Essa política busca promover uma maior integração social, fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Os pacientes que apresentam transtornos mentais no âmbito do SUS recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). (BRASIL, 2017).

É importante destacar o Programa Crack é Possível Vencer, este que é um programa coordenado pelo Ministério da Justiça que desenvolve, em parceria com outros Ministérios, uma ação integrada que envolve três fontes de atuação: prevenção, cuidado e autoridade. Dentro desses três aspectos, o programa integra vários grupos sociais, trabalhando simultaneamente na prevenção, no combate, na reabilitação e na reintegração social. O programa é um amplo trabalho realizado pelo Ministério da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Educação e da Secretária de Direitos Humanos visando oferecer aos grupos de risco irrestrito apoio a todas as suas necessidades, contribuindo, dessa forma, para a redução dos índices do consumo de drogas (BRASIL, 2013).

O alvo desse programa é atuar na prevenção ao uso de drogas, a prevenção ocorre nas escolas, também são capacitados profissionais das redes de saúde, segurança pública, educação, assistência social, justiça, operadores do direito, lideranças religiosas e comunitárias. Estes atuam com a disseminação contínua de informações e orientações sobre o crack e outras drogas (BRASIL, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que a política de Redução de Danos alcançou um patamar de grande importância, se desvinculou do início da sua criação, não que esta não vise mais este objetivo, no entanto ela agora desempenha suas ações para um público maior e não apenas com usuários de drogas injetáveis.

No entanto, esta política ainda tem como desafio alcançar outros patamares da rede de atenção psicossocial e de assistência social, dessa forma esta política ganharia maior visibilidade perante a sociedade, poderia ser usada como uma maneira de diminuir o preconceito que a sociedade atribui ao dependente químico, poderia ser uma condição da sociedade entender e contribuir para com esse público, de modo que o preconceito existente seja extinguido, tendo em vista que a dependência é um problema de saúde pública, e que a desinformação não contribui em nada para este problema que é cada vez mais crescente na sociedade contemporânea.

Com relação à prática do assistente social, pode-se inferir que a política de Redução de Danos está muito próxima ao código de ética profissional do assistente social, pois ela trabalha baseando-se na singularidade do sujeito, tendo como principal ponto a liberdade de cada um.

O código de ética profissional é norteado por princípios fundamentais, dentre estes a liberdade como eixo central. Contudo, o profissional de serviço social desempenha suas atividades tendo por base o seu código de ética, e visa sempre a autonomia do indivíduo, e também o seu bem-estar, não se diferenciando do que se propõe a política de Redução de Danos, que também é desempenhada visando sempre o bem-estar do usuário.

O profissional de serviço social jamais deve ter preconceito em relação ao usuário como também às suas escolhas. Este profissional deve agir sem nenhum juízo de valor para com o indivíduo, deve respeitar suas escolhas e acolher as suas necessidades buscando pensar junto com o usuário uma solução melhor para as questões apresentadas. A Redução de Danos também trabalha a autonomia dos sujeitos sem nenhum tipo de discriminação ou julgamento sempre tendo como objetivo o melhor de cada um.

Ressalta-se que o debate sobre a política de Redução de Danos neste momento de transição política demanda um olhar atento daqueles que acreditam e trabalham na garantia dos Direitos Humanos, que lutam por superação do preconceito e estigma.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: Discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, 25(11), 2309-2319.

ARAUJO. **Política de Redução de Danos a Usuários de Substâncias Psicoativas: Práticas Terapêuticas no Projeto Consultório de Rua de Fortaleza, Ceará**. Dissertação de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade-MPPS da Universidade Estadual do Ceará-UECE, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre. 2013. Disponível em <<https://editora.observatoriodocuidado.org/index.php/CC/article/view/54>>. Acesso em 15 de março de 2018.

BRASIL. **ABC Redução de Danos**. Santa Catarina, Secretária de Estado da Saúde, Florianópolis: SES, 2010. Disponível em: <<https://editora.observatoriodocuidado.org/index.php/CC/article/view/54>>. Acesso em 30 de março de 2018.

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. Brasília, 2006.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: Acesso em: 22 nov. 2018.

_____. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Tópicos especiais em policiamento e ações comunitárias – TEPAC. 1. ed. Brasília: Ministério da Justiça; Senasp, 2013.

_____. **Lei nº10, 216 de 04 de junho de 2001** que dispõe sobre os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental. Brasília-DF disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccvil_03/leis/l10216.htm>. Acesso em 10 de abril de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2003. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/raps.html>. Acesso em 22 de abril de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à saúde DAPE. Coordenação geral 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 disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em 5 de maio de 2018.

GAULEJAC, V. de (2006). **As origens da vergonha**. São Paulo: Via Lettera.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>.

MOTTA, Alda Britto da. A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento. **Soc. estado.**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 225-250, Aug. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01026992201000020005&lng=en&nrm=iso>. access on 23 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922010000200005>.

NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde/** Marcelo Niel & Dartiu Xavier da Silveira (orgs). - São Paulo, 2008. 96 p. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/3756822-Drogas-e-reducao-de-danos-uma-cartilha-para-profissionais-de-saude.html>>. Acesso em 11 de setembro de 2018.

ROZANI, T. M., NOTO, A. R., & Silveira, P. S. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora, MG: UFJF, 2014.