

REDUÇÃO DE DANOS: UM NOVO OLHAR DA PSICOLOGIA PARA USO ABUSIVO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

ARAÚJO, Joana Carolina Almeida de¹
GOMES, Luiz Guilherme Araújo²

RESUMO

Este artigo objetiva contribuir, a partir de uma revisão bibliográfica de diversos autores que versam sobre a temática, para a problematização acerca da atuação dos psicólogos que trabalham com a estratégia de redução de danos em usuários abusivos de álcool e drogas. Diante disso, inicialmente, será apresentada uma perspectiva histórica da política de redução de danos, destacando a contribuição da psicologia para modelo de tratamento que leva em consideração o contexto e a subjetividade do indivíduo compreendido neste trabalho como um ser biopsicossocial. Nesse sentido, como resultado advindo do levantamento bibliográfico, destaca-se o percurso e as mudanças que a redução de danos vem enfrentando até os dias atuais, bem como por inúmeras críticas em relação a sua implantação, atuação e eficácia no contexto da saúde. O comprometimento profissional do psicólogo mostra-se de extrema relevância, pois consiste em uma forma de incluir o posicionamento e responsabilidade pelo viés da ética. E que o conhecimento psicológico seja uma ferramenta de forma construída, delineada contribuindo para com a saúde.

Palavras Chaves: Drogas, Estratégia, Prevenção e Políticas públicas.

ABSTRACT

This article aims to contribute, based on a bibliographical review of several authors that deal with the thematic, to the problematization about the performance of the psychologists who work with the strategy of harm reduction in abusive users of alcohol and drugs. Therefore, a historical perspective of harm reduction policy will be presented, highlighting the contribution of psychology to a treatment model that takes into account the context and subjectivity of the individual understood in this work as a biopsychosocial being. In this sense, as a result of the bibliographic survey, the path and the changes that harm reduction has been facing up to the present day, as well as numerous criticisms regarding its implementation, performance and efficacy in the context of health, stand out. The professional commitment of the psychologist is extremely relevant because it consists of a way of including the positioning and responsibility for the bias of ethics. And that psychological knowledge is a tool in a constructed way, outlined contributing to cheers.

Key Words: Drugs, Strategy, Prevention and Public Policy.

¹ Graduanda do Curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande

² Professor Mestre, Orientador no Curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande

1. INTRODUÇÃO

Este artigo objetiva realizar uma revisão de literatura acerca da atuação dos psicólogos que trabalham com a estratégia de redução de danos em usuários que fazem uso abusivo de álcool e drogas. Pretende-se problematizar sobre as dificuldades que a estratégia de redução de danos vem enfrentando desde a sua implantação até os dias atuais, bem como sobre o papel da política como principal movimento para inserção da redução de danos (RD) no Brasil. Para isso, foi realizado um levantamento bibliográfico com a finalidade de investigar sobre a importância do tema, assim como, sobre a relevância de realizar esse estudo.

Para a realização deste trabalho, utilizamos a ferramenta metodológica de pesquisa bibliográfica. Discorrendo sobre o que é revisão de literatura, Koller, Couto e Hohendorff (2014), mostra que a realização de revisão de literatura faz parte do cotidiano dos acadêmicos e pesquisadores, uma vez que, constantemente realiza-se esta elaboração de pesquisa para fins de trabalhos acadêmicos e projetos de pesquisa. Optou-se por realizar um levantamento dos anos de 2002 a 2017 de temáticas que versam sobre álcool, drogas e dependência química.

Para realizar a organização dos artigos selecionados, utilizou-se uma planilha do programa Excel com as seguintes categorias, número para identificação do artigo, autores, ano, título do artigo, objetivos. As categorias foram analisadas de maneira qualitativa e os dados apresentados de maneira descritiva. Os artigos encontrados foram lidos na íntegra, os mesmos foram pesquisados, nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Portal capes, Lilacs e biblioteca virtual em saúde (BVS).

Ainda segundo Koller, Couto e Hohendorff (2014), revisão de literatura tem como objetivo a definição e delimitação do tema no qual vai ser realizado uma pesquisa, qual será o seu foco, em que consiste em estimativas críticas do material no qual já foi publicado. Em outras palavras, a revisão de literatura visa organizar, integrar e avaliar estudos relevantes sobre determinado tema.

Para este trabalho, após verificar-se a quantidade de artigos científicos que apareceram com o tema no qual foi selecionado, realizou-se a escolha de quatro plataformas virtuais de pesquisa de artigos científicos, delimitando também neste momento o ano de artigos publicados, deste modo foi realizado um recorte dos últimos 15 anos de publicações que discorrem sobre o tema, sendo assim realizou a opção de quatro pontos de procura para a pesquisa dos artigos com os seguintes descritores:

Drogas, Estratégias, Prevenção e Políticas públicas, totalizando uma busca 177 de artigos a primeira instância, depois de realizado um filtro, leitura e análise do material levantado, além da fundamentação teórica, foram focalizadas 15 artigos os quais falam sobre a temática para posterior análise.

Em todos os artigos lidos, foi possível compreender que o modelo de redução de danos tem se tornado uma estratégia eficiente para trabalhar com os usuários de álcool e drogas, e em nenhum dos artigos foi percebida guerra contra as drogas. Os artigos encontrados trazem a importância sobre a atuação do psicólogo como profissional que atua nos programas e mostram que a prevenção realizada com os usuários é uma das que trazem mais resultados positivos. Nesse contexto é necessário a discussão para um possível caminho a ser tomado pelos psicólogos que trabalham ou querem trabalhar nessa área.

O contato inicial se deu a partir da leitura sobre redução de danos há aproximadamente dois anos, em uma aula da disciplina de saúde mental, ofertada no sexto semestre do curso de psicologia no UNIVAG. O interesse pessoal ocorreu através das experiências próximas, no convívio de pessoas no cotidiano. Um dos grandes problemas do uso abusivo de álcool e drogas é o surgimento dos danos secundários. Os danos secundários são justamente as demandas advindas do consumo abusivo de álcool e drogas, a exemplo temos a violência, doenças que surgem a partir dos exageros, a perda de emprego, separações e etc.

Em sua definição a Redução de danos (RD) é uma política de saúde em que sua finalidade visa oferecer propostas que reduzam ou minimizem os impactos na esfera biológica, social e econômica, ligadas ao uso de drogas. Toda a prática desenvolvida neste âmbito está fundamentada no respeito e no direito que o indivíduo tem para fazer uso das drogas. (ANDRADE et. at *apud* POLLO E MOREIRA, 2008).

A redução de Danos é uma política de saúde que se propõe 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. Sua proposta de redução de danos surgiu incentivando formas de auxílio cujo principal objetivo não era eliminar o uso de substâncias psicoativas, mas melhorar o bem-estar físico e social dos usuários, minimizando os prejuízos causados pelo uso das substâncias. A RD pode ser sintetizada em cinco princípios: o 1º é uma alternativa de saúde pública ao modelo moral, criminal e de doença; o 2º reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos; o 3º baseia-se na defesa do dependente; o 4º promove acesso a serviços

de baixa exigência, ou seja, serviços que acolhem usuários de forma mais tolerante, como uma alternativa para as abordagens tradicionais de alta exigência, aquelas que, tipicamente, exigem a abstinência total como pré-requisito para a aceitação ou permanência do usuário; e o 5º é baseado nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista. (MARISKA, et.al, 2014).

Vale ressaltar que os psicólogos atuantes com o método de redução de danos adotam uma abordagem multidisciplinar em que se possibilitam a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. (MARISKA, et.al, 2014).

Sendo assim, é possível compreender que é de suma importância refletir sobre o compromisso social da psicologia e a possibilidade de um novo olhar para o sujeito, salientando a possibilidade do impacto que o modelo de redução de danos causa no comportamento de pessoas que fazem usos de drogas abusivamente.

2. O SURGIMENTO DA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS: UM BREVE HISTÓRICO

De acordo com Silveira (2008) Na história da humanidade é possível constatar por meio de registros arqueológicos que o homem em diversas culturas, desde os primórdios já usavam drogas por motivos culturais ou para viabilizar a socialização e até mesmo para isolar os religiosos e neste último caso em específico eram usadas em eventos ritualísticos de passagem como, por exemplo, da fase da infância para a adulta, a necessidade dessa transcendência em si lhes permitiria assimilar de uma melhor forma esse processo de transformação biológica, psicológica e social. Depreende-se dessa forma que o homem já procurava formas de alterar os estados da consciência, logo o uso ou abuso de drogas, seja ela lícita ou ilícita, não é uma ocorrência da modernidade ou da pós-modernidade. (SILVEIRA, 2008).

Em nossa sociedade contemporânea grande parte desses ritos iniciáticos foram extintos. Em contrapartida, os conflitos diante das mudanças que ocorreram ao longo dos séculos, tais como a obtenção de prazeres imediatos, a intolerância à frustração e aos conflitos intrínsecos a existência humana, nos aponta para uma busca do alívio ou uma espécie de anestesia diante dessas realidades. Assim, somos estimulados pela nossa

cultura ao consumismo, se tornando uma tentativa de compreender o espaço da falha existente no ser humano. (SILVEIRA, 2008)

No século XVII com o advento da Revolução Industrial, o contexto social refletia um crescimento populacional desordenado nas áreas urbanas sendo resultado da migração rural e com isso havia também um descontentamento com as condições de trabalho por parte da classe trabalhadora e as condições de infraestrutura desses espaços eram calamitosas. (FOUCAULT, 1972).

Nessa época as indústrias de bebida alcoólica a cada vez se aprimoraram na destilação do álcool, tornando o consumo humano mais acessível o que resultou num alto consumo desta droga. Posteriormente não só o álcool como outras drogas passaram a ser usadas com mais popularidade e com o aumento do consumo tanto de álcool quanto das drogas, tornou-se um problema considerado pelas autoridades vigentes como de ordem social. As medidas de intervenções foram mediadas a princípio pela esfera religiosa, por conseguinte a área biomédica e por último pela Justiça. No entanto, as intervenções realizadas não foram suficientes para erradicar o uso de álcool e das outras drogas, o que perdurou ao longo dos séculos seguintes. (MACHADO E BOARINI, 2003).

Já no início do século XIX, nos Estados Unidos pela primeira vez foram adotadas medidas de combate ao uso de drogas, cuja finalidade era de declarar guerra ao uso de drogas por meio da abstinência. A abstinência foi uma das providências que consistia na proibição visando à cura por meio dela. Esse período ficou marcado pela estigmatização, discriminação, direitos violados e obviamente o fracasso, pois o consumo em nada diminuía, o fato foi que o consumo só aumentava a nível mundial. (MACHADO E BOARINI, 2003).

Paralelamente a isto, os autores Nardi e Rigoni (2005) apontam que na década de 80 aconteceu um movimento social na Holanda envolvendo profissionais da Saúde que pela primeira vez foi utilizado o termo Redução de Danos. O objetivo desse grupo de profissionais consistia em promover melhores condições de vida e de saúde dos usuários, já que estavam preocupados com o aumento da transmissão de hepatite B e da AIDS, doenças que se alastravam pelo mundo. Diante desse panorama, os profissionais utilizaram o método de redução como forma de minimizar o contágio, reduzindo a troca das seringas dos usuários, e incentivando o uso individual. Segundo os autores, essas medidas adotadas eram de cunho preventivo da doença, enquanto que nos EUA o objetivo era de abstinência declarada a guerra contra as drogas, contrária ao movimento de redução de danos proposta pela Holanda na época.

Conforme Pollo e Moreira (2008), devido a contaminação pelo vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis e seus parceiros, a Holanda iniciou a execução da estratégia de RD com o objetivo de que fosse diminuída a fala sobre grupos de riscos e iniciado o cuidado com os comportamentos de risco ou atividades que podiam deixar os indivíduos mais vulneráveis, exigindo de instâncias maiores ações mais concretas. Com isso, houve a presença de educadores trabalhando nas ruas, procurando fazer contato com essa população e estabelecer vínculos de confiança, visando à propagação de estratégias preventivas e oferecendo acesso aos serviços de saúde.

Ainda de acordo com Pollo e Moreira (2008), a implantação dos programas de trocas de seringas estabeleceram forte influência para a adoção de medidas públicas com a finalidade de controlar a epidemia mundial de AIDS. Nessa perspectiva, o programa se expandiu para vários países, se consolidou como política pública na área da saúde e multiplicou as ações preventivas.

Depreende-se então a partir Pollo e Moreira (2008) que:

O que podemos fazer é tentar evitar que as pessoas se envolvem com estas substâncias. Para aqueles que já se envolveram, podemos ajudá-los a evitar que se tornem dependentes. E, para aqueles que já se tornaram dependentes, cabe a nós oferecer os melhores meios para que possam abandonar a dependência. Porém, se apesar de todos os nossos esforços eles continuarem a consumir drogas, temos a obrigação de orientá-los para que o façam da maneira menos prejudicial possível, na expectativa de que estejam atravessando apenas uma fase difícil. Afinal, eles não precisam de quem os julgue, mas de quem os ajude. E este é o nosso papel enquanto profissionais de saúde. (POLLO E MOREIRA 2008, P.10).

Segundo Mariska, Padilha e Andrade (2014), a redução de danos antes de tornar-se uma estratégia de prevenção, era um movimento político, pois na Holanda já se tinha abordando esta temática no decorrer da década de 1970 através de sua legislação sobre drogas, e passou a adotar a troca de seringas de modo experimental em Amsterdã, no ano de 1984, a fim de prevenir a transmissão do vírus da hepatite B.

Mariska, Padilha e Andrade (2014), ainda informam que a Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) entende a RD como um conjunto de políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, resultantes do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente que a pessoa reduza o seu consumo. Os referidos autores ainda salientam que o princípio fundamental que orienta estas ações é o respeito à liberdade de escolha, visto que muitos usuários não conseguem ou não querem deixar de usar drogas, porém, necessitam ter os riscos decorrentes do seu uso minimizados.

A contextualização desta política torna-se saliente porque permite compreender os feitos relevantes de políticas de saúde inclusivas, tal como a de RD, para a redução da fragilidade de determinadas populações, em respeito aos direitos humanos à população de usuários de drogas, seus familiares e próximos, além de difundir e estimular ações desta natureza nas diversas totalidades.

De forma estratégica, a expectativa histórica assume o compromisso de dar visibilidade aos atores e elucidar os cenários em que a RD se desenvolveu, visando encorpar o protagonismo desta política que se propõe a abusar dos limites das práticas de saúde idealizadas nos intramuros das instituições, indo ao encontro da realidade das ruas e das pessoas em situação de grandes infortúnios, visando resgatar um pouco de cidadania para esta população tradicionalmente excluída e marginalizada pelas políticas públicas. (MARISKA, PADILHA E ANDRADE, 2014).

Nessa fase, a impossibilidade (temporária ou não) de um dependente abandonar o uso de drogas estava sendo aceita como fato. Para esses autores parte-se do princípio que as drogas lícitas e ilícitas fazem parte desse mundo e trabalha-se para minimizar seus efeitos danosos em vez de simplesmente ignorá-los ou condená-los. Como salientam Elias e Bastos (2011):

[...] estas medidas se traduzem em alternativas de uso que envolvam menores riscos e danos para os consumidores de tais substâncias e para a coletividade [...], ou seja, a proposta e o objetivo de tais ações não é fazer com que o sujeito pare necessariamente com o consumo, mas sim, reduzir os danos que o uso abusivo pode provocar, além do risco de contrair doenças. (ELIAS e BASTOS, 2011, p.2)

No Brasil, a primeira experiência em redução de danos, ocorreu na cidade de Santos/SP em 1989, com a distribuição de seringas estéreis entre usuários de drogas injetáveis com o objetivo de conter a disseminação do HIV/AIDS. Desde então, em muitos estados brasileiros tem sido desenvolvida ações nesta perspectiva, sejam por instituições públicas ou por organizações da sociedade civil, e com apoio, sobretudo das diretrizes do Ministério da Saúde, por meio dos Programas Nacionais de DST/AIDS, Hepatites Virais e Saúde Mental. Estas ações também se ampliaram para diferentes drogas e diferentes formas de uso de drogas, saindo do foco do usuário de droga injetável. (ELIAS E BASTOS, 2011).

De acordo com Amarante (2007), o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil apresenta vários caminhos e tendências, com seus avanços e retrocessos na luta pela transformação da relação que a sociedade estabeleceu com o louco, com a loucura e com

suas instituições, sendo este uma construção iniciada há vários anos, culminando no processo de desinstitucionalização, pilar dessa política.

O debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil tem origem na década de 70, com o surgimento do movimento dos trabalhadores de saúde mental (MTSM), após uma greve de residentes e denúncias no Rio de Janeiro contra as más condições de trabalho, bem como as péssimas condições das estruturas físicas dos hospitais psiquiátricos. A grande repercussão deste movimento é considerada o dispositivo do processo de reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2003).

Amarante (2003) ainda destaca que a promulgação da lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais, conhecida como Lei da reforma psiquiátrica, vem trazendo uma nova forma de cuidados a serem adotados em relação aos seus portadores, bem como, a reestruturação e autonomia dos mesmos.

De acordo com a Portaria N° 1.028 de 1° de julho de 2005 estabelecida pelo Ministério da Saúde as ações de redução de danos devem acontecer onde se tem a necessidade e interesse público, que ocorra ou possa ocorrer o consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, ou qualquer outro local onde se encontram os usuários, como por exemplo: cadeias públicas, estabelecimentos educacionais destinados à internação de adolescentes, hospitais psiquiátricos, abrigos, estabelecimentos destinados ao tratamento de usuários ou dependentes ou de quaisquer outras instituições que mantenham pessoas submetidas à privação ou à restrição da liberdade.

Com relação às estratégias usadas para se reduzir tais práticas, Conte et. al (*apud* Forteski e Faria, 2013) dizem que as mesmas são entendidas como a aplicação de práticas que proporcionam condições para a atuação responsável do usuário e o exercício de seu direito de escolha por meio da flexibilização dos métodos, procurando alcançar na prática o princípio de universalidade proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Santos e Malheiros (2010) afirmam que em 2006 ocorreu uma mudança na lei e que a partir dessa mudança, a estratégia de Redução de Danos passou a se inserir nas instituições através das políticas centrais de saúde do SUS, como a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde Mental e a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas.

Enquanto ponto político a oficialização do trabalho só aconteceu três anos depois, com a aprovação do Projeto de Lei n° 169/99 (Brasil, 1999). Somente em 2004 a RD

passou a ser vista como uma estratégia na Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, lançada pelo Ministério Público.

Brasil (2006) informa que o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) em a finalidade de articular, organizar, integrar e coordenar as atividades relacionadas à prevenção do uso indevido de álcool e outras drogas.

Mediante ao que foi discutido sobre a estratégia de RD, bem como a proposta de um novo olhar para o indivíduo que faz uso de drogas, abordaremos a seguir sobre a contribuição do profissional psicólogo enquanto integrante de uma equipe multidisciplinar na estratégia de RD.

3. Os desafios da estratégia de redução de Danos e as políticas no Brasil

Conforme Elias e Bastos (2011), a partir da década de 80 é que se começa a tentativa de implementação da redução de danos no Brasil. Para compreender acerca da inserção da RD no Brasil, é necessário antes de tudo, contextualizar o papel dos movimentos sociais da saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira enquanto movimento social e político.

Corroborando com os autores Forteski e Faria (2013) ao dizerem que a trajetória da RD no Brasil é permeada pela repressão e tratamento moral, destacam ainda que apenas em 1995 foi possível realizar a troca de seringas legalmente, primeiro em Salvador e só mais tarde em São Paulo.

Os autores Soares e Jacob (*apud* CANOLETTI e SOARES, 2001), afirmam que:

A história brasileira dos programas de prevenção de droga mostra nítida aderência a abordagem de guerra as drogas, embora mais recentemente algumas práticas mostrem-se simpáticas as perspectivas da redução de riscos/danos, agregando-se em maior ou menor grau aos pressupostos, as ideologias, aos objetivos e as estratégias desse movimento. (SOARES e JACOB, 2000 *apud* CANOLETTI e SOARES 2001, p.119),

Segundo Mariska, et.al (2014), em 1994 o Ministério da Saúde assumiu a RD como estratégia de saúde pública para a prevenção das DST/AIDS e hepatites entre usuários de drogas injetáveis, por meio de uma cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas, se constituindo como o primeiro projeto de RD apoiado por este organismo internacional.

Até então, a primeira experiência em RD ocorrida no Brasil havia sido interrompida por uma interdição judicial, sendo reiniciada somente em 1995 na cidade de Salvador. A partir destas iniciativas, a RD se desenvolveu no Brasil através dos Programas ou Projetos de Redução de Danos (PRD), contemplando uma série de ações desenvolvidas em campo, tais como: distribuição de seringas, atividades de informação, educação e comunicação, aconselhamento, encaminhamento, vacinação e outras ações preventivas. (MARISKA, et.al, 2014).

Conforme Carvalho e Dimenstein (2017), esse processo advém da crítica de diversos setores da sociedade que avaliam o atual sistema de proibição e controle de entorpecentes como ineficaz em conter os problemas sanitários e sociais associados ao uso de substâncias psicoativas (SPA's), fato que para alguns avaliadores produziu consequências piores do que o próprio uso abusivo de drogas.

O tratamento moral constitui-se como o princípio de ação das duas instituições. Nele ocorreu a condenação do consumo de álcool e outras drogas e aumentou a responsabilização do sujeito, tanto como causador da sua dependência química, quanto pela mudança da sua situação de vida (MARLATT & GORDON, 2012, *apud* CANOLETTI E SOARES, 2001).

Tais questões estão em consonância com as fragilidades das políticas de redução de danos no Brasil, sendo essas: a precarização do trabalho dos profissionais, ausência ou dificuldade de monitoramento das ações desenvolvidas, dificuldade de vincular os usuários a um tratamento continuado e problemas de financiamento que afetam a sustentabilidade dos serviços, Inglez-Dias, et.al *apud* CANOLETTI e SOARES 2001).

Dessa maneira, a união desses fatores, conjuntamente com a ausência de espaços de atualização técnica e supervisão institucional, acabam por contribuir para com a manutenção do discurso moral. Nessa forma de compreender o tratamento de consumidores de álcool e drogas a experiência da recaída não é tolerada. O próprio uso desse termo, recaída, indica um atravessamento entre o campo da saúde e a moral religiosa. Poderiam ser utilizados outros termos para caracterizar essa nova ocasião de consumo de AD, entretanto, recair expõe não um problema de saúde, mas antes disso, é uma queda da alma, que se deixaria levar pelas tentações e desvia-se do caminho da "salvação", ao retornar aos prazeres vazios das drogas. Essas sempre associadas ao desejo de morte, descuido com a saúde e criminalidade (SOUZA & CARVALHO, 2012).

4. A CONTRIBUIÇÃO DO PSICÓLOGO NA EFETIVAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS

Carvalho e Dimenstein (2017) relatam que o resgate da extensão de livre-arbítrio em um campo historicamente apontado pela obrigação moral e influência dos procedimentos como base dos tratamentos à dependência química.

Os profissionais caracterizam a RD como uma das alternativas que podem compor suas estratégias de ação, mas a consideram estratégia menos complexa e mais barata, contrapondo-se aos tratamentos tradicionais que têm como objetivo a abstinência, aos quais consideram superiores e que constituem a meta atual do serviço. (CARVALHO E DIMENSTEIN, 2017, p.653).

De acordo com Amendola (2014) atualmente percebe-se que o movimento da psicologia enquanto ciência e profissão tem se envolvido nas questões mais latentes na sociedade contemporânea, buscando contribuir para seu enfrentamento e solução, por meio de estudos e pesquisas para construção de novos referenciais teóricos e novas alternativas de atuação, capazes de dar conta da complexidade destas questões. Esta busca se referenciar na necessidade de superar uma visão individualista e descontextualizada sobre o processo de constituição da subjetividade humana, que acaba por levar a responsabilização do indivíduo pelo sofrimento decorrente de questões sociais e coletivas.

Em relação ao uso de drogas, essa questão é marcada pelo social, cultural e histórico, não podendo ser reduzida meramente a uma patologia a ser tratada. Entretanto, segundo o CFP (conselho federal de psicologia, 2013), não se pode negar que o uso abusivo de álcool e outras drogas, ao colocar a substância no controle da vida do indivíduo, cria uma condição de assujeitamento e coisificação, provocando intenso sofrimento psíquico, o que gera a necessidade e impulsiona a busca por cuidado.

Para as autoras Mariska, et.al (2014) o princípio fundamental que orienta estas ações é o respeito a liberdade de escolha, visto que muitos usuários não conseguem ou não querem deixar de usar drogas, porém necessitam ter os riscos decorrentes do seu uso minimizados, tais riscos como: evitar o envolvimento com o uso de drogas; evitar o envolvimento precoce; evitar que o uso se torne abusivo; ajudar a abandonar a dependência e orientar para o uso menos prejudicial possível.

Ainda segundo as autoras Mariska, et.al (2014) a droga passa a não ser mais o foco, mas sim a qualidade de vida que passa a ser priorizada. (Vigostki, 1998 *apud* CFP, 2013) informa que com base em uma concepção sócio-histórica, vertente da Psicologia Social. A compreensão do fenômeno psicológico passa pela análise das relações sociais entre sujeitos, a partir de uma dimensão ética, que engloba aspectos biológicos, semióticos, afetivos e histórico-sociais, unindo e, ao mesmo tempo, diferenciando social e psicológico. (VIGOSTKI,1998 *apud* CFP, 2013, p.63).

Borloti e Machado (2013), trazem uma informação importante em que Brasil (2003) menciona que até pouco tempo atrás o tratamento de saúde em pacientes que apresentavam desordens pelo vícios do uso prejudicial de álcool e droga foi marcado pelo auxílio hospitalar médico-psiquiátrico Tal transformação se deu a uma revisão da assistência ao paciente da área da saúde mental, incluindo os portadores de transtornos mentais devido ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Conforme os respectivos autores salientam:

Na história da intervenção sobre a dependência química, a visão moral sobre o dependente sustentou uma abordagem calcada na confrontação. Rotulada como “antiprofissional” (Miller & Rollnick, 2001, p. 24), tal abordagem não considerava a motivação para a mudança de comportamento. Atualmente, isto se alterou (apesar de ainda existirem ambientes de tratamento com abordagem moral) e a motivação tornou-se tema obrigatório nas discussões de quaisquer formas de intervenção (Szupszynski & Oliveira, 2008), inclusive da internação compulsória, atualmente tema de discussões polêmicas na mídia. (BORLOTI E MACHADO, 2013, p.279).

Os autores Borloti e Machado (2013) ainda mencionam que ultimamente, os planejadores das políticas públicas protegem a potência da intervenção nesses transtornos – desde a atenção básica – deve considerar os fatores psicológicos, econômicos, políticos e/ou culturais, sejam predisponentes ou consequentes ao problema do uso prejudicial de drogas.

Propendendo provocar intervenções estabelecidas que transformem a motivação para o uso danoso de álcool e de outras drogas foram desenvolvidas intervenções breves (IB's), estratégias basais aos fins da atenção básica. Elas são aplicáveis a todos os tipos de pacientes que chegam à Unidade Básica de Saúde, pois em geral, envolvem o enfrentamento dos problemas de saúde, em especial em doenças crônicas, envolvem comportamentos de mudança de pensamentos e em sua motivação, incluindo os encobertos de “pensar e sentir” sobre a mudança. (ROLLNICK, MILLER & BUTLER, 2009 *APUD* BORLOTI E MACHADO, 2013, P.280).

Como salientam os autores Borloti e Machado (2013),

Intervenções breves como ferramentas de intervenção analítico-comportamental na atenção básica com pessoas que fazem uso prejudicial de drogas com os pacientes crônicos, muitas vezes, algumas intervenções parecem não funcionar, sobretudo aquelas marcadas pelo impulso de querer “consertar” o paciente fazendo-o caminhar na direção que o terapeuta julga ser a melhor. As IB’s foram desenvolvidas para vencer essa tentação, em especial com pacientes que apresentam transtornos devidos ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. (BORLOTI E MACHADO, 2013, p.280).

Os concernentes autores ainda relatam que as IB’s foram idealizadas primeiramente como táticas terapêuticas em pacientes que fazem uso lesivo de álcool e drogas.

Borloti e Machado (2013) corroboram mencionando que assim como as IB’s, algumas estratégias de terapia para a dependência ou abuso de algumas drogas podem ser breves, apesar de o Instituto Americano sobre Abuso de Droga (NIDA, 2009) preconizar que uma intervenção global sobre a dependência requer um longo prazo.

Portanto, “Os profissionais da atenção básica estão em uma posição única para identificar e intervir com os pacientes para quem o uso de substância é arriscado e prejudicial para a sua saúde e “bem-estar”. Além desses profissionais, os profissionais da assistência social no Sistema único de Assistência Social (SUAS), do sistema judiciário e policial, também irão estabelecer relacionamento interpessoal com esses pacientes. Portanto, a utilização da IB é ampliada a todos os profissionais da área da saúde e assistência, abarcando o contingente de profissionais aptos, após treinamento específico, a aplicá-la de modo a aumentar a eficácia e a eficiência dos recursos de tratamento e intervenção no SUS e no SUAS e nos demais sistemas de funcionamento das políticas públicas. (BORLOTI E MACHADO, 2013, p.280).

Assim, é possível analisar a IB como uma figura de aconselhamento para a alteração de conduta, não restritiva aos psicólogos, apontada aos pacientes que fazem uso danoso de drogas e que tem os seis subsídios comuns a todas as abordagens do aconselhamento: 1) dar feedback aos sentimentos e pensamentos do paciente; 2) aceitá-lo “onde ele está, naquele momento, antes de lidar com a posição em que poderia [ou deveria] estar”; 3) manter-se sigiloso e garantir a confidencialidade do que é ouvido; 4) não empregar coerção e constrangimento, forçando a participação do paciente; 5) ser compreensivo à vida do paciente e, ao mesmo tempo, manter-se separado dela; e 6) estar consciente e sensível às mensagens da comunicação com ele. (BORLOTI E MACHADO, 2013, p.284).

Diante disso, segundo o CFP (2013), a política pública voltada para os usuários que fazem o uso e abusam de álcool e outras drogas deve levar em consideração a tríade igualdade, diversidade e singularidade, devendo ter uma diretriz integral e sistêmica de saúde, integral porque considera o indivíduo como um todo integrado por diferentes

aspectos; e sistêmica, porque concebe estes aspectos como interdependentes e mutuamente determinantes de um processo único e total.

Como descrita pelo CFP (2013),

[...] a Psicologia se apropria das questões clínicas, psicopatológicas, subjetivas, sociais e culturais ligadas às questões das drogas e participa desse trabalho tanto em aspecto macro, na composição das equipes e projetos diversos, como se aprofundando na busca de conhecimento específico ligado a seu núcleo de conhecimento, ou seja, às ferramentas e referenciais teóricos que a Psicologia tem para contribuir de modo efetivo para a atenção direta às pessoas com problemas ligados ao uso de drogas (CFP, 2009, apud CFP, 2013, p.73)

De acordo com Santos e Malheiros (2010) à medida que a RD traz novos desafios para a clínica e efetiva novas tecnologias de cuidados, a mesma pode ser considerada como uma estratégia da Reforma Psiquiátrica para pessoas que usam substâncias psicoativas.

Pautado no compromisso dos psicólogos com o social sua participação em políticas públicas é de extrema necessidade. Centros como o CREPOP dá essa garantia de disseminar o conhecimento, oferecer referências para atuação desse profissional, bem como identificar estratégias de participação e promover interlocução da psicologia com espaço de formulação e gestão e execução em políticas públicas. (BRASIL, 2003)

Hoje a atuação de psicólogos no SUS e em CAPS vem sendo referência do engajamento dos profissionais de psicologia no Brasil. Para que o modelo da RD seja eficaz, na adesão dos usuários é preciso ser feito alguns ajustes, tais como; capacitação técnica na área das drogas e da AIDS, acesso gratuito aos serviços sem longa fila de espera, etc. (CFP, 2013, p.33).

Ainda segundo CFP (2013), as atuais ações de recolhimentos compulsórias, da população em situação de rua, internação compulsória violam ao direitos humanos dos usuários, os psicólogos por sua vez vem contribuir nas discussões de políticas no intuito de garantir a integralidade do cuidado e na intersetorialidade das ações para as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, através de produções científicas tanto para desmistificar quanto para questionar práticas autoritárias, auxiliando em produção de práticas democráticas condizentes com a perspectiva do cuidado e não com a da tutela.

Como bem coloca o CFP (2013),

Por muito tempo a única opção de atenção para usuários de álcool e outras drogas foi dada pelo paradigma da abstinência através das internações em grandes hospitais psiquiátricos e instituições asilares que marcaram a institucionalização do saber psiquiátrico no Brasil. (CFP, 2013, p.36).

Assim como ocorreu uma mudança de paradigma no que se refere a atenção aos usuários de álcool e drogas, uma vez que estes eram confrontados a abster do uso, houve também uma mudança nas práticas que a psicologia exercia, visto que seu surgimento se deu na atenção individual e que por muito tempo sua atuação se fez presente neste modelo de tratamento. Atualmente compreendemos o papel social e o compromisso da psicologia que rompe com as práticas individualistas e que se engaja em promover cada vez mais o respeito e o compromisso com políticas públicas sociais. (CFP, 2013, p.37).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos autores discutidos neste artigo, percebe-se que a relação do usuário de drogas com a violência possivelmente se dá pelo fator social, não desconsiderando o sujeito como um ser subjetivo e em movimento, necessitando assim ponderarmos a respeito das leis e tudo que o envolve, ciente de que não sempre este sujeito deixará de abusar do uso de álcool e drogas. O método de RD vem como uma tentativa de possibilitar pensarmos sobre as atuais políticas públicas e terapias já existentes de maneira a melhorar as mesmas com intuito de auxiliar na inserção e no respeito aos usuários e no convívio perante a sociedade.

Tal perspectiva corrobora com a reforma psiquiátrica brasileira e as políticas públicas, possibilitando entender a forma como a estratégia denominada redução de danos é pensada hoje e a maneira como foi introduzida no Brasil.

Desta forma, compreende-se a reforma psiquiátrica como um movimento, um processo histórico que se constituiu pela crítica ao paradigma psiquiátrico hegemônico e pelas práticas que o transformaram e superaram no Brasil, ocorrendo a partir do final da década de 70, representando, com isto, uma crítica estrutural à “instituição psiquiátrica”. Como processo histórico, insere-se numa totalidade complexa e dinâmica, portanto, também determinado nacionalmente pelo processo de redemocratização em curso no país, a partir daquela época. Nesse sentido, o movimento de reforma psiquiátrica brasileira buscou a desconstrução da realidade manicomial, para além da queda dos seus muros, e a construção de novos equipamentos de saúde, segundo novas bases epistemológicas, políticas e sociais, operando transformações de toda uma cultura que sustenta a violência, a discriminação e o aprisionamento da loucura (AMARANTE, 2007).

Assim, podemos entender que a RD possui estratégias que podem ser desenvolvidas em diferentes campos e que visam à construção de possibilidades de vida a partir de ações que levem em consideração os processos de subjetivação. Conforme pudemos observar, a partir dos autores citados acima, a RD teve diferentes formas de manifestações e não apenas um movimento a fez se consolidar enquanto estratégia de políticas públicas na saúde. Percebe-se, a partir dessa breve contextualização, que os movimentos políticos, sociais, científicos e até moral tiveram fundamental importância e influência para a legislação e a execução da RD.

Diante da importância do sujeito ao se expor ao uso abusivo de álcool e outras drogas, é fundamental que a participação do profissional psicólogo seja efetiva e que o mesmo deverá saber que as políticas públicas já existentes são voltadas não somente para o coletivo, mas também com a finalidade de atender a necessidade de um sujeito. O psicólogo deve também se basear em uma concepção de subjetividade em constante processo de transformação.

Sendo assim, compreende-se que apesar de ainda haver certa resistência por parte da população no que tange a RD, os benefícios são notórios. Acredita-se que campanhas educativas possam sensibilizar as pessoas no que diz respeito ao preconceito. Significa, pois, apostar em políticas públicas que priorizem tais campanhas.

O que se pretende articular com isso é que existem outros fatores sociais que são prejudicados. Alguns desses fatores: a política do tráfico das drogas, o capitalismo e tudo que este promove. Quando apenas se pensa na redução dos riscos, deixamos de pensar na outra parte da sociedade, escravas do tráfico, deixando de pensar no fator social, na segregação, na desigualdade social, e também na possibilidade de que o número de usuários que cometem latrocínios tende a aumentar, pois muitas vezes é apenas assim que a dicção pode ser sustentada.

Diante do estudo aqui realizado foi possível perceber que ainda há necessidade de se discutir a estratégia da RD no meio acadêmico assim como a inclusão de uma disciplina que contemple a temática como uma política pública na área da saúde mental, levando-nos refletir sobre qual a efetividade do trabalho dos profissionais psicólogos na estratégia da RD.

REFERÊNCIAS

AMENDOLA, Marcia Ferreira. Formação em Psicologia, Demandas Sociais Contemporâneas e Ética: uma Perspectiva. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 34, n. 4, p. 971-983, Dec. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000400971&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-370001762013>.

AMARANTE, P. Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003b. vol 3.

A SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. *Amarante P.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; **2007**.

BRASIL. 2005. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em 19 Mai 2017.

BRASIL. 2006. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em 08 Jun 2016.

BORLOTI, Eliseu Batista; MACHADO, Alex Roberto. Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental Comportamento em foco 2 Organização de Carlos Eduardo Costa, Carlos Renato Xavier Caçado, Denis Roberto Zamignani, Silvia Regina de Souza Arrabal-Gil. Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental. – São Paulo: ABPMC, 2013.

CANOLETTI, Bianca; SOARES, Cássia Baldini. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 115-129, Feb. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 19 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100010>.

CARVALHO, Bruno; DIMENSTEIN, Magda. Análise do discurso sobre redução de danos num CAPSad III e em uma comunidade terapêutica. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 25, n. 2, p. 647-660, jun. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000200013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 set. 2017. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.2-13>.

ELIAS, Lucília de Almeida; BASTOS, Francisco Inacio. Saúde pública, redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4721-4730, Dec. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300021&lng=en&nrm=iso>. access on 19 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300021>.

FORTESKI, Rosina; FARIA, Jeovane Gomes de. Estratégias de Redução de Danos: Um exercício de Equidade e Cidadania na Atenção a Usuário de Drogas. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, v. 6, n. 2, p. 78-91, 2013. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/169/21>>. Acesso em 22 Maio 2017.

FOUCAULT, M. A História da Loucura na Idade Clássica. In **A grande internação**. São Paulo. Ed. Perspectiva. 1972.

KOLLER, S. H.; COUTO, M. C. P de P.; HOHENDORFF, J. V. (Org.). **Manual de produção científica**. Porto Alegre: Penso, 2014. 192p. (Série Métodos de Pesquisa).

MALISKA, Isabel Cristina Alves; PADILHA, Maria Itayra; ANDRADE, Selma Regina. Redução de Danos em Florianópolis-SC: uma política estratégica de prevenção e cuidado à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 170-8, 2014.

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. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 15 Out. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas: Módulo 5 Atenção integral na rede de saúde 7ª Edição Brasília 2014 Disponível em: <file:///C:/Users/aluno03.UNIVAGLABS.022/Downloads/SUP7_Mod5.pdf>.

NARDI, Henrique Caetano; RIGONI, Rafaela de Quadros. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. **Psicoestud**, v. 10, n. 2, p. 273-82, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a14>>.

NIEL, M.Redução de Danos para Drogas Fumadas. In NIEL & D. X. SILVEIRA (Orgs.), **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo.2008.

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

SANTOS, A. M. S.; MALHEIRO, L. **Redução de danos: uma estratégia construída para além dos muros institucionais**. In: NERY FILHO, A; VALÉRIO, A. L. R. (Org.). Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua. Brasília, DF: SENAD; Salvador: CETAD, 2010, p. 49-53.

Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/ Conselho Federal de Psicologia. EIXO 3: A ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS, EIXO 4: DESAFIOS PARA UMA PRÁTICA PSICOLÓGICA EMANCIPADORA - Brasília: CFP, 2013.