

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO, AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO PEDAGÓGICA EM SAÚDE
Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde

GUILHERME DE SOUZA MÜLLER

**A REDUÇÃO DE DANOS NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA
ANÁLISE A PARTIR DAS PUBLICAÇÕES DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO
BÁSICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Porto Alegre

2014

GUILHERME DE SOUZA MÜLLER

**A REDUÇÃO DE DANOS NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA
ANÁLISE A PARTIR DAS PUBLICAÇÕES DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO
BÁSICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial de aprovação na Formação em Saúde Coletiva e Educação na Saúde – Especialização em Serviço, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em parceria com o Departamento de Atenção Básica/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Ministério da Saúde.

Orientadora: Patrícia Araújo Bezerra

Coorientador: Marcelo Pedra Martins Machado

Porto Alegre

2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço os idealizadores da especialização pela ótima oportunidade de aprendizado teórico e do trabalho no Ministério da Saúde.

Agradeço a orientadora Patrícia Araújo Bezerra e ao coorientador Marcelo Pedra Martins Machado pela disponibilidade e pelo auxílio no desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço a todos os profissionais do Departamento de Atenção Básica pelos ensinamentos, em especial aos responsáveis pela gestão nacional do Consultório na Rua, Rosana Ballesteros, Cristiane Medeiros e Marcelo Pedra.

Agradeço aos colegas de especialização, em especial às pessoas que compartilharam a moradia, além de angústias, dúvidas e alegrias ao longo desse ano em Brasília/DF.

RESUMO

A presente monografia faz parte do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Esta especialização é exercida em parceria com o Ministério da Saúde, no Departamento de Atenção Básica (DAB), local onde são desenvolvidas parte das atividades de ensino-serviço que possibilitaram a vivência necessária para construção desta pesquisa. Esse estudo abordará, assim, o tema da redução de danos no âmbito da atenção básica, considerando o seu histórico conceitual, na perspectiva de evidenciar e analisar elementos relativos a este tema em publicações recentes produzidos pelo Ministério da Saúde. Será considerada nesta pesquisa a trajetória de utilização do conceito no escopo da AB, destacando o reconhecimento da redução de danos como uma das estratégias para se atingir saúde integral para a população. A monografia fará um esforço investigativo através da análise documental, tentando verificar quais os entendimentos da gestão federal sobre a redução de danos e de que forma as políticas atuais em atenção básica estão propondo essa lógica de cuidado para os estados e municípios brasileiros.

Palavras-Chave: Redução de danos. Atenção básica. Clínica ampliada. Cuidado em saúde

LISTA DE ABREVIATURAS

DAB/SAS/MS	Departamento de Atenção Básica, integrante da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde
RD	Redução de Danos
PTS	Programa de Troca de Seringas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
CnaR	Consultório na Rua
AB	Atenção Básica
CdeR	Consultório de Rua
CETAD	Centro de Estudos e Tratamento em Atenção ao Uso de Drogas
REDUC	Rede Brasileira de Redução de Danos ABORDA Associação Brasileira de Redutores de Danos
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
UBS	Unidades Básicas de Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade
Deges	Departamento de Gestão e Educação na Saúde
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
ACS	Agente Comunitário de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNH	Política Nacional de Humanização
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
UA	Unidades de Acolhimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 O PERCURSO DA REDUÇÃO DE DANOS ATÉ O FAZER NA ATENÇÃO BÁSICA	8
2.1 A CONCEPÇÃO DA RD, SEUS CAMPOS E SUAS RESISTÊNCIAS: A ENTRADA NO DISCURSO MORAL SOBRE DROGAS	9
2.2 A ENTRADA DA DISCUSSÃO DE REDUÇÃO DE DANOS NA ATENÇÃO BÁSICA: O IMPORTANTE PAPEL DO CONSULTÓRIO NA RUA	12
2.3 A REDUÇÃO DE DANOS E A SAÚDE COLETIVA: CAMINHOS PARA A AMPLIAÇÃO DO CONCEITO	14
3 OBJETIVOS	16
3.1 OBJETIVO GERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	17
4.1 METODOLOGIA	17
4.2 PROCEDIMENTOS	17
4.3 ASPECTOS ÉTICOS	18
5 RESULTADOS	19
5.1 A REDUÇÃO DE DANOS COMO DIRETRIZ DO FAZER DA ATENÇÃO BÁSICA: A INCORPORAÇÃO DO CONCEITO NA PNAB	19
5.2 A AMPLIAÇÃO DA DISCUSSÃO DA REDUÇÃO DE DANOS NA ATENÇÃO BÁSICA: O CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	20
5.3 A REDUÇÃO DE DANOS E O FAZER DA ATENÇÃO BÁSICA: AS CONTRIBUIÇÕES DO CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA Nº34	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

Este projeto foi desenvolvido como requisito parcial para a aprovação na Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em parceria com o Departamento de Atenção Básica, integrante da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS). O tema da redução de danos (RD) na atenção básica foi determinado pela curiosidade das discussões acerca do trabalho no DAB durante doze meses, principalmente os meses iniciais de trabalho junto à equipe responsável pela gestão do Consultório na Rua, dentro da Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica.

A redução de danos marcou um paradigma ético/político de cuidado ao usuário de drogas em saúde mental. Na atenção básica, com publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2011, o conceito é referido pela primeira vez em publicação federal. Por ser um tema muito recente nesse âmbito, ainda carece de publicações acerca do tema. É justamente sobre esse novo momento da RD que esse estudo se propõe a investigar.

A RD, como dialoga Schuster e Cecchin [s.d], se tornou um modelo de intensificação política mundial no combate ao modelo higienista das drogas. Esse espaço possibilitado a partir do paradigma da RD propõe a organização e reivindicação dos usuários de drogas na busca de seus direitos.

Alguns autores remontam a história da redução de danos, como O'Hare (1994) e Bastos e Mesquita (1998) descrevendo seu surgimento na Inglaterra, em 1924, devido ao aumento abusivo da utilização de opiáceos, matéria prima de substâncias como morfina e heroína. O novo método previa a administração de drogas para diminuição da fissura nos indivíduos, uma alternativa ao tratamento pouco resolutivo da abstinência. Obteve-se excelente resultado nesse modelo que ficou conhecido como "terapia de substituição". Um tempo depois, em 1989, a Holanda inaugurou uma nova fase da Redução de Danos, a qual foi apresentada o Programa de Troca de Seringas (PTS), estratégia que empregou a substituição de seringas usadas por estéreis em usuários de drogas injetáveis, diminuindo o contágio de doenças transmissíveis.

Elias e Bastos (2011) contam que foi na cidade portuária de Santos, no ano de 1989, que teve início a história da Redução de Danos no Brasil, decorrente da

epidemia de HIV entre pessoas que usavam drogas injetáveis. Apesar dos bons resultados, a introdução desse modelo foi marcada por resistência e repressão, sucedendo o recuo da proposta. Anos mais tarde, em 1995, na cidade de Salvador, se efetivou o modelo de PTS no país e a afirmação da RD. Ao longo do tempo, o país produziu pesquisas e programas na área, se tornando, a partir de 2003 com a publicação da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, um novo paradigma de cuidado e modelo recorrente nas políticas de saúde mental do país. Em 2011, começou a fazer parte também da PNAB, citado entre suas diretrizes, marcando um novo momento da redução de danos e motivando escrita desse trabalho.

O conceito de RD na atenção básica ganha maior ênfase com o debate introduzido a partir da criação das equipes de Consultório na Rua (CnaR) pela Atenção Básica (AB), que foi instituído através da portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Esse serviço é formado por equipe multiprofissional que atua de forma itinerante, prestando atenção integral à saúde da população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, incluindo o trabalho junto ao usuário de álcool, crack e outras drogas na perspectiva da RD. O serviço é a continuação do modelo financiado, no ano de 2010, pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/MS, que contemplou 92 municípios com equipes denominadas Consultório de Rua (CdeR). A migração para a atenção básica ocorreu devido ao entendimento de que o cuidado a essa população abrangeria a atenção integral à saúde do usuário, que demanda por cuidados de toda ordem, tendo alta prevalência de agravos típicos do morar na rua como tuberculose, uso e abuso de drogas, doenças crônicas e gestação de risco. Tal migração acelerou o processo de discussão do tema da RD no campo da AB.

Posteriores a implantação dos CnaR, foram lançados o Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua (BRASIL, 2012a) e o Caderno de Atenção Básica (CAB) nº34 – Saúde Mental (BRASIL, 2013). Ambos discorrem sobre a redução de danos na atenção básica, documentos que serão analisados nesse estudo, conjuntamente com a PNAB.

A pesquisa terá como objetivos conhecer as compreensões sobre a redução de danos preconizada pelo MS a partir de suas recentes publicações.

2 O PERCURSO DA REDUÇÃO DE DANOS ATÉ O FAZER NA ATENÇÃO BÁSICA

A evolução do conceito de redução de danos revela a passagem de ações isoladas quanto ao uso de drogas, para a concepção mundial de um novo paradigma de atenção aos usuários de drogas.

Atualmente, de um lado, temos o paradigma de guerra às drogas. Nesse sentido, o uso de drogas é criminalizado, não sendo aceito o uso de drogas ilícitas sob qualquer hipótese. Essa metodologia contribuiu para acentuar a discriminação social e a exclusão, na medida em que demoniza os usuários de drogas. Conforme descreve Santos (2010) o sujeito não é visto como ser humano, mas com rótulos de “viciado”, “maconheiro”, “craqueiro”, etc.

Na área da saúde, os investimentos atribuídos a ideologia da guerra às drogas são dispendidos em práticas impositivas que visam exclusivamente o estancamento do uso, como as internações compulsórias e os serviços de internação involuntária. Santos (2010) fala que registros de experiências mostram que os tratamentos compulsórios têm levado a recorrentes reincidências, tornando a intervenção ineficaz e aumentando os danos sociais e a piora da saúde do indivíduo. Para os autores, essa prática tem reforçando comportamentos de violência intrafamiliar, afastando o usuário do serviço e aumentando o ônus ao estado devido ao elevado número de internações compulsórias, sem resolutividade.

Conforme Passos e Souza (2011) a redução de danos, em contrapartida ao outro paradigma, surge como um movimento democrático de construção de políticas sobre drogas.

No campo do cuidado, a redução de danos incide de forma ética na ampliação da autonomia do sujeito, em detrimento de julgamento de valores e de práticas prescritivas unilaterais. A RD, nesse sentido, se aproxima muito do conceito de clínica ampliada, que, segundo o Ministério da Saúde (2003) preconiza um cuidado com trabalho interdisciplinar e compartilhado, com autonomia do usuário e interação com o meio. Dessa forma, amplia-se a oferta de cuidado, não se restringindo a práticas prescritivas.

É interessante pensar a redução de danos como ética de cuidado de um indivíduo, mesmo diagnosticado como doente crônico, usuário abusivo de drogas ou

alguém sem intercorrências. A ética de cuidado deve ser o mesmo para todos os usuários, obedecendo ao nível de sofrimento e de prioridade em cada caso. Não existe contraponto ou desmerecimento aos trabalhos que focam exclusivamente no uso de drogas, mas, ao contrário, entende-se que toda a história da RD foi indispensável para que atualmente se pense a redução de danos para outros níveis de atenção à saúde, como é o caso da AB.

2.1 A CONCEPÇÃO DA RD, SEUS CAMPOS E SUAS RESISTÊNCIAS: A ENTRADA NO DISCURSO MORAL SOBRE DROGAS

Assim como as compreensões de Carranza e Pedrão (2005), o histórico do uso de drogas data dos primórdios da existência humana e sua convivência é inevitável em praticamente todas as populações que se tem conhecimento. Estudando a história do convívio com as drogas, temos exemplos das relações sociais e dos diferentes impactos do uso de substâncias nas populações. Os seres humanos souberam conviver com o uso de drogas nos mais variáveis níveis de relação comunitária, seja por motivos místicos, terapêuticos ou lúdicos (PAES, 2008, p.74). Entretanto, temos históricos de convivências desarmônicas, como na década de 80, no movimento internacional liderado pelos EUA denominado “guerra às drogas”, do qual seguiu com exemplos de repressão ao uso, inclusive no Brasil.

[O movimento] se tornou ao mesmo tempo um exercício de controle social e uma estratégia para a ampliação da economia neoliberal a partir do exercício do poder e da violência em muitos países. A economia neoliberal se fortalece através da intensificação de uma economia bélica, já que a lógica de guerra às drogas e a lógica de consumo não são lógicas opostas, elas se alimentam e se fortalecem mutuamente (PASSOS ; SOUZA, 2011, p.155).

As origens da RD como um método terapêutico voltado para o consumo de substâncias psicoativas iniciaram na Inglaterra, em 1926, com o Relatório de Rolleston. O'Hare (1994) relata que o documento orientava que os usuários em situação de dependência de opiáceos poderiam receber estas drogas sob prescrição de um médico, visando a levar uma vida mais estável e mais útil à sociedade. Bastos e Mesquita (1998) lembram que apenas em 1984, na Holanda, por iniciativa dos Junkiebonden (associações locais de usuários de drogas), que se deu início a segunda fase da RD com o programa de troca de seringas (PTS) em resposta a um surto de contaminação das hepatites virais.

No Brasil, na cidade de Santos, em meio à política de “guerra às drogas”, houve a primeira tentativa de implantar o Programa de Troca de Seringas (PTS) no país, em 1989. Elias e Bastos (2011) alertam que a proposta de trocar seringas usadas por novas (estéreis) foi, entretanto, interpretada como estímulo ao consumo de drogas, tendo sido embargada judicialmente pelo Ministério Público do Estado de São Paulo, que entrou com uma ação civil e criminal contra os organizadores do programa e o governo da cidade. O enfrentamento da RD não é só com o discurso da lei, mas também com as práticas não discursivas das instituições disciplinares (PASSOS ; SOUZA, 2010).

Os redutores de danos também tiveram um importante papel na construção e efetivação da RD, eles foram os responsáveis por concretizar as ações na rua. Santos et al. (2010, p.9) fala que o redutor de dano aparece como um agente comunitário habilitado a negociar no território, contando com a experiência com a droga, apoiado nela e não contra ela, em uma prática de saúde encarnada.

Apenas em 1995 foi efetivado o PTS no Brasil, em Salvador. O programa foi possível graças à parceria entre o Centro de Estudos e Tratamento em Atenção ao Uso de Drogas (CETAD), a Escola de Medicina e a Universidade Federal da Bahia, apoiados pelos governos estadual e municipal (ELIAS e BASTOS, 2011, p. 4727).

Fonseca (2012) fala que a força política da Redução de Danos vai se intensificando ao longo dos anos 90 com as conferências mundiais de redutores de danos, realizadas anualmente em diversos países. Elias e Bastos (2011) falam que ainda em meados de 1990, o Brasil incluiu a redução de danos em sua estratégia de saúde pública. Em 1997, surge a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) e, em 1998, surge a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC) (FONSECA, 2012,). Estima-se que, em 2003, mais de 150 programas de Redução de Danos estavam em funcionamento no País (CRUZ, 2011). Elias e Bastos (2011) avaliam que pessoas que utilizavam drogas injetáveis nesse período constituem o principal segmento infectado pelo vírus da hepatite C em quase todo o mundo, cujo enfrentamento, quando existe, tem-se concentrado nas propostas de RD. Os autores ainda analisam que a RD tem tido resultados quando se integra cuidados clínicos, sociais e de aconselhamento.

Em 2003, o Ministério da Saúde reconhece as experiências em redução de danos e incorpora o conceito na Política do Ministério da Saúde para a Atenção

Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. O documento reforça que a abstinência não é o único objetivo a ser alcançado. Também se diz que a redução de danos está vinculada à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. “Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressa” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p.10).

O tema permanece atual e permeado por diversos campos, como é o segmento dos que defendem a obrigatoriedade da abstinência. Passos e Souza (2011) focalizam não mais o olhar do Estado, mas os dispositivos de poder de Deleuze (1988, 1996¹ apud PASSOS; SOUZA, 2011) e Foucault (1993² apud PASSOS; SOUZA, 2011) para explicar que a abstinência se torna um eixo articulador entre a justiça, a psiquiatria e a moral religiosa, sendo a saúde um lugar submetido à concepção desses três campos. Os usuários de drogas se veem em um espaço ora ligado à psiquiatria, ora ligado ao campo penal, uma hora internado no hospício, outra hora encarcerado na prisão (PASSOS; SOUZA, 2011). O saber psiquiátrico, bem como o saber criminológico, definiu uma forma, um enquadre, um “estrato” (Deleuze, 1988¹; Foucault, 1993² apud PASSOS; SOUZA, 2011) para o usuário de drogas. Além disso, o campo religioso vê a droga como obra do demônio, e a abstinência a única salvação. Tanto a linha da justiça, como da psiquiatria, como a religiosa contribuem para a exclusão e a marginalização dos dependentes químicos, que vivem como foragidos, ampliando seriamente as consequências desse uso (PASSOS ; SOUZA, 2011).

Almeida (2003) argumenta que é justamente no espaço de exclusão e de ausência de direitos que se percebe o quanto a redução de danos pode contribuir para o resgate da cidadania dessas pessoas. Para Santos, Soares e Campos (2010), de maneira geral, no Brasil, a RD se apresenta como um conjunto de práticas de saúde fundamentadas na perspectiva teórica que concebe a existência de diferentes formas de relação do homem com as drogas, nem sempre vinculadas

¹ DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1988
DELEUZE, G. **O mistério de Ariana**. Lisboa: Veja, 1996.

² FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1993.

a um consumo problemático e, nesse sentido, seus objetivos não se restringem à eliminação do consumo.

Passos e Souza (2009) e Cruz (2011) falam que, a partir de 2004 até os dias atuais, o crack assume o papel prioritário das ações de redução de danos em detrimento da AIDS. Em julho de 2005, o Ministério da Saúde publica a Portaria Nº 1.028 (BRASIL, 2005), que determina e exemplifica ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. O documento instrutor da lei orienta ações para usuários de drogas que não querem ou não conseguem parar de usar, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo.

Em agosto de 2006 é promulgada a Lei Nº 11.343, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Fonseca (2010) analisa que a lei afastou o uso de drogas do âmbito policial (supressão da pena de prisão para usuários de drogas), aproximando-o mais das questões da saúde.

Nardi e Rigoni (2005, p.274) identificam que atualmente, além da redução de danos, duas estratégias são tradicionalmente adotadas pelas políticas relativas às drogas no Brasil: a da oferta de drogas e a da redução da demanda. Os autores esclarecem que a primeira se preocupa em destruir plantações e princípios ativos, reprimir a produção e o tráfico, combater a “lavagem” de dinheiro e controlar e fiscalizar a produção, a comercialização e o uso das drogas; a segunda procura desestimular ou diminuir o consumo e a iniciação nas drogas e tratar usuários dependentes tendo como meta indispensável à abstinência.

2.2 A ENTRADA DA DISCUSSÃO DE REDUÇÃO DE DANOS NA ATENÇÃO BÁSICA: O IMPORTANTE PAPEL DO CONSULTÓRIO NA RUA

“Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua *in loco*. As atividades são realizadas de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS)”. (BRASIL, 2012c, p.13).

Sua ideia foi inspirada pela experiência em Salvador na década de 1990, com a participação do professor Dr. Antônio Nery Filho. O professor conta no Guia do Consultório de Rua (NERY FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2012) que observou o fato de terem muitas crianças e adolescentes em situação de rua, geralmente usuário de drogas, que não tinham acesso aos serviços de saúde. Através da observação participante denominada Banco de rua, entre 1989 e 1991, teve-se a base para o projeto denominado Consultório de Rua, criado em 1999. O projeto, que se idealizou nas observações de Nery, propôs a intervenção a essas crianças e adolescentes em situação de rua. O sucesso do projeto se deu devido a uma nova forma de abordagem, pautada na não discriminação, na compreensão do contexto da rua e na interdisciplinaridade do trabalho em equipe.

Nery Filho, Valério e Monteiro (2012) escrevem que a condição de exclusão social é reflexo do modo como a sociedade reconhece tais pessoas: um reconhecimento marcado intensamente pelos estigmas da marginalidade, da criminalidade e da miséria. De acordo com os autores, percebe-se a constituição de pelos menos três posicionamentos por parte da sociedade: uma postura de indiferença, de hostilidade ou puramente assistencialista. Em nenhuma dessas posturas verifica-se o reconhecimento dessas pessoas para além dos estigmas sociais; são posturas que reforçam a condição de exclusão social da população em situação de rua. O CdeR, em contrapartida, tem como princípio ter um olhar diferenciado que pretende ir além dos estigmas e reconhecer cada pessoa a ser atendida em sua particularidade.

Assim como o projeto idealizado em Salvador, o Consultório de Rua passou a ser financiado pelo Governo Federal através da Coordenação Nacional de Saúde Mental, em 2010. Desde sua implantação, os CdeR já abarcavam um modelo de cuidado pautado na ética da redução de danos, tendo um foco maior na saúde mental e o uso de drogas. O serviço, seguindo o preconizado na RD, propõe cuidado a partir do aumento da autonomia do usuário, respeitando as escolhas individuais e não objetivando a abstinência como única direção do tratamento. Conte (2004) argumenta que, mesmo em casos de toxicomania (dependência), a não obrigatoriedade da abstinência no tratamento traz valiosos benefícios, como a possibilidade de se estabelecer um vínculo terapêutico e se produzir uma ressignificação da experiência com as drogas. Para a população em situação de rua

a necessidade de vínculo, confiança e respeito no cuidado se potencializa, pois se trata de uma população excluída, estigmatizada e historicamente desassistida.

Após um pouco mais de um ano de sua implantação, em 2012, o serviço foi inserido na Atenção Básica, denominando-se Consultório na Rua. O serviço trouxe consigo o diálogo sobre o conceito de redução de danos na AB, já que possuía forte vínculo com as discussões de saúde mental e o uso de álcool e drogas.

A incorporação do conceito nas diretrizes da PNAB revelou que a discussão da redução de danos na atenção básica vai para além dos CnaR, como investigará este estudo.

2.3 A REDUÇÃO DE DANOS E A SAÚDE COLETIVA: CAMINHOS PARA A AMPLIAÇÃO DO CONCEITO

Com o aprofundamento e a ampliação da percepção sobre as drogas nos dias atuais, que envolvem graves problemas de saúde pública, conclui-se que não basta somente a união de esforços centrados nas substâncias ditas ilícitas, tampouco sobre o álcool e o cigarro. Para Santos (2010) a questão das relações que a sociedade tem com as drogas exige uma abordagem interinstitucional e intersetorial que problematize/enfrente a questão do tráfico, do cuidado e da promoção da vida. Para os autores são ações complexas, essencialmente políticas, que transborda para novos cuidados e ações pela qualidade e direito à vida. Portanto, a saúde deverá se ocupar não apenas de substâncias e seus respectivos sintomas, mas de toda a contextualização social do indivíduo.

Paes (2002) considera que práticas não prescritivas deveriam ser seguidas para qualquer habito vulgarmente chamado de vício. Ora, se o medicamento, o açúcar, o chocolate, o café são rotulados como drogas e o que é relevante para a manutenção da saúde não é o consumo e sim o excesso e o porquê dele, por que temos outro tipo de tratamento com o álcool, cigarro e as drogas ilícitas? Indo um pouco além, reportamos que sexo em excesso é um vício, assim como o jogo em demasia ou qualquer habito repetidos de forma exagerada e que, portanto, também prejudicam a saúde, então talvez o conceito não seja droga e nem vício, mas o desequilíbrio causado por um conjunto de fatores que compõem a vida. O importante para a saúde, deste modo, é a relação que se estabelece com a droga ou com qualquer outro elemento em nossas vidas.

Pensar Redução de Danos é pensar práticas em saúde que considerem a singularidade dos sujeitos, que valorizem sua autonomia e que tracem planos de ação que priorizem sua qualidade de vida (VINADÉ, 2009, p.24). Dessa forma, o que a de redução de danos apresenta é a insuficiência e a inapropriação de isolar a substância consumida e dar o diagnóstico, mas a necessidade de entender o contexto de vida do usuário, percebendo as motivações para o uso daquela substância, somente assim há a chance real de produção de cuidado e de saúde.

O momento da RD, após a incorporação nas políticas da AB, ainda não possui bibliografia específica disponível. O que se pode avaliar é que ela continua em transformação e a incorporação desse conceito na Política Nacional de Atenção Básica contribui para essa mudança, estando em sincronismo com os ideais propostos tanto na Reforma Psiquiátrica quanto na Reforma Sanitária.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como o conceito da redução de danos tem sido utilizado em políticas, publicações e programas da atenção básica do Ministério da Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) identificar a temática da redução de danos a partir do que foi publicado oficialmente pelo Ministério da Saúde;
- b) analisar a abordagem conceitual utilizadas nas publicações oficiais à luz do referencial teórico desta pesquisa sobre redução de danos.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Nesta seção serão abordados os principais procedimentos adotados metodologicamente na construção desse estudo.

4.1 METODOLOGIA

A metodologia do estudo foi determinada pela necessidade de observar e analisar ações do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS através de suas publicações. Será utilizada a pesquisa qualitativa, através da técnica de análise documental.

Sá-Silva, Almeida e Guidani (2009) justificam o uso de documentos em pesquisa por possibilitar ampliação do entendimento de questões que envolvem contextualização histórica e sociocultural em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais. Oliveira (2007) alerta para um trabalho de análise mais cuidadosa, pois os documentos não passaram por nenhum tratamento científico.

A análise documental será feita de três publicações recentes do Ministério da Saúde: a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012b), o Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua (BRASIL, 2012a) e o Caderno de Atenção Básica Número 34 – Saúde Mental (BRASIL, 2013).

O método será realizado através da leitura total dos documentos, seguido da procura por partes do texto que discorram sobre o conceito de redução de danos e seus desdobramentos. Serão feitos o isolamento de parágrafos em seu contexto original, seguindo de análise do trecho a partir da correlação com a bibliografia disponível. A pesquisa não envolverá mais passos pré-definidos para não interferir nas análises complementares e para dar fluidez aos achados.

4.2 PROCEDIMENTOS

O projeto envolverá os seguintes procedimentos metodológicos:

- a) Análise da Política Nacional de Atenção Básica, do Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua e do Caderno de Atenção Básica nº 34 acerca do tema da redução de danos.
- b) Compreender os entendimentos sobre o tema e relacionar com as bibliografias sobre o assunto.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

O trabalho não trará riscos, pois não terá exposição de quaisquer pessoas e nem utilizará materiais de uso restrito. O estudo envolverá o uso de informações retiradas de documentos públicos.

O estudo não fere a Resolução Nº 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, portanto, não passará pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

5 RESULTADOS

5.1 A REDUÇÃO DE DANOS COMO DIRETRIZ DO FAZER DA ATENÇÃO BÁSICA: A INCORPORAÇÃO DO CONCEITO NA PNAB

O Departamento de Atenção Básica, através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), documenta quais são os princípios e diretrizes em atenção básica no território nacional. O documento, lançado em 2011, revela quais são os principais investimentos da atenção básica nos próximos anos, com descrição dos serviços, objetivos e principais resultados esperados. O texto foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite. Segundo Pinto, Koerner e Silva (2011) no mesmo ano do lançamento da PNAB houve o maior aumento de financiamento federal per capita desde sua criação. Esse aumento ocorreu principalmente pela criação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) e o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS).

Dentre os princípios e diretrizes descritas na PNAB, o conceito de redução de danos passa a fazer parte do escopo de atribuições:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012b, p.19).

A PNAB, através desse parágrafo, convoca à aproximação/estritamento da AB com a RD. A utilização do conceito nas políticas de saúde no âmbito da AB inaugura um novo momento da redução de danos e incita práticas de saúde mais próximas entre saúde mental e atenção básica.

Nota-se que a palavra redução de danos está referida junto às demais atribuições da atenção básica, entretanto não há o detalhamento sobre o seu fazer. O trecho extraído é o único momento em que o termo é citado, deixando a dúvida sobre a sua utilização. Assim como demonstra a literatura sobre o assunto, Santos, Soares e Campos (2010) revelam diferentes entendimentos e áreas distintas de publicação do assunto, tais como a psicologia, a saúde pública/epidemiologia, a psicologia, a saúde coletiva, as ciências sociais, etc.

A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003) refere a RD como método de cuidado, não excludente a outros, sendo uma estratégia que não estabelece a abstinência como única saída para os usuários de drogas. O documento revela o reconhecimento dos indivíduos como necessitantes de cuidado individualizado e traça caminhos para a defesa de sua vida: “Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento” (BRASIL, 2003, p.10).

Mesmo no item que trata sobre o Consultório na rua, o documento o descreve de forma breve, referindo posterior publicação de documento específico para a definição do seu funcionamento, monitoramento e acompanhamento.

Nesta direção, fica evidente que a PNAB ao apresentar a redução de danos como diretriz na Atenção Básica, amplia o escopo da RD para além da saúde mental. Por outro lado, como é citada exclusivamente nas diretrizes gerais da Política, a compreensão do que se espera em termos de redução de danos na Atenção Básica fica restrita, o que desdobra na necessidade de incluir a análise dos manuais lançados posteriormente a PNAB. Esta análise será realizada no decorrer desta pesquisa.

5.2 A AMPLIAÇÃO DA DISCUÇÃO DA REDUÇÃO DE DANOS NA ATENÇÃO BÁSICA: O CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua foi publicado oficialmente em outubro de 2012. O documento foi lançado após a criação dos Consultórios na Rua (CnaR) pelo Departamento de Atenção Básica, visando servir de suporte às novas equipes e as demais equipes da AB sobre o cuidado à população em situação de rua. O manual ainda apresenta exemplos e introduz novos conceitos não comuns a esse nível de atenção, dentre ele o de redução de danos.

Segundo o manual, o Ministério da Saúde elege como modelo a criação de uma política pública de saúde para a população em situação de rua em convergência com as diretrizes da atenção básica e a lógica da atenção psicossocial

com sua proposição de trabalhar a redução de danos, assumindo a promoção da equidade, garantindo acesso a essa população.

O documento faz uma apresentação do serviço do Consultório na Rua, referindo suas características e atribuições na rede de atenção à saúde:

Os Consultórios de Rua são formados por equipes multiprofissionais da atenção básica e devem seguir os atributos desse ponto de atenção, como já citado anteriormente: ser porta de entrada preferencial, propiciar atenção integral e longitudinal e coordenar o cuidado, prestando atenção à saúde da população em situação de rua (PSR) in loco. Porém, quando necessário, deverá atuar em parceria com as equipes da Unidade Básica de Saúde responsável pelo território do campo de atuação onde for realizada a abordagem da equipe do consultório na rua, bem como com outros pontos de atenção da rede de saúde. Diante das especificidades dessa população, a estratégia de redução de danos deverá ser transversal a todas as ações de saúde realizadas pela equipe. (BRASIL, 2012a, p.43)

O parágrafo aponta a necessidade do trabalho articulado com a rede de atenção à saúde para um cuidado integral à população em situação de rua, pautado na estratégia da RD. Londero, Ceccim e Bilibio (2014) revelam que diante da fragilidade das redes, os CnaR constituem um importante instrumento de problematização dos modos de cuidado que atravessam a assistência em saúde. O trecho fala justamente da importância desse serviço em estabelecer parceria com UBSs e com outros pontos da rede, transversalizando as ações de cuidado a partir da estratégia da redução de danos.

O cuidado em saúde mental ainda é, infelizmente, um tabu para as equipes de AB e para outros pontos da rede de atenção à saúde no país. Munari et al. (2008) escrevem que há deficiência no suporte social, ambulatorial e grupos de apoio ao sofrimento mental. Para eles há descompasso entre a integralidade da atenção e o modo pelo qual são atendidos esses indivíduos e suas famílias.

O curso Caminhos do Cuidado, iniciado em 2012, é uma das estratégias de governo federal para compartilhar o conhecimento sobre o cuidado às drogas na atenção básica. Esse projeto constitui-se de uma formação em atenção integral aos usuários de álcool, crack e outras drogas para todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) do país e um Auxiliar ou Técnico de Enfermagem por Estratégia Saúde da Família de todos os municípios do país (cerca de 290.000 profissionais). O curso prevê a prática de cuidado norteadada pela redução de danos.

A realização do curso é uma parceria entre o DAB, o Departamento de Gestão e Educação na Saúde (Deges) e as instituições Fundação Oswaldo Cruz

(Fiocruz) e o Grupo Hospitalar Conceição (GHC). O investimento faz parte do eixo educação do programa “Crack, é possível vencer”, estratégia idealizada e monitorada pela presidência da república para o enfrentamento do uso abusivo de drogas no país.

É interessante relacionar o curso Caminhos do Cuidado com esse momento da RD, pois assim como propõe o texto, é importante o trabalho de toda a RAS, onde as equipes possuam empoderamento suficiente sobre o cuidado aos usuários de drogas. O curso não prevê a formação de todos os profissionais de AB, entretanto os ACSs, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem são elementos fundamentais nos serviços. Quando o texto fala de articular as redes em conjunto com os Consultórios na Rua, prevemos maior habilidade a partir do novo olhar proposto por essa formação alinhado às proposições de RD e dos Consultórios na Rua.

O curso já formou 1980 tutores e orientadores (dados da SGTES/DEGES & GHC) e está na fase de treinamento dos profissionais. Os manuais, assim como os cursos formativos dos tutores, tiveram a capacidade de manter a teoria sempre muito aliada à prática. São repassados exemplos cotidianos dos serviços em atenção básica, para que o profissional aluno assuma o papel do cuidador e trabalhe para ser o mais resolutivo possível.

Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua. É necessário que este profissional tenha habilidades e competências para: trabalhar junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, quanto ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas; realizar atividades educativas e culturais; dispensação de insumos de proteção à saúde; encaminhamentos/mediação para Rede de Saúde e intersetorial; acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua. Recomenda-se ainda que este profissional tenha preferencialmente, experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua. (BRASIL, 2012a, p.14)

O trecho discorre sobre o profissional agente social, que compõem as equipes de Consultório na Rua na Portaria nº 122 de 2012. Esses profissionais entraram em substituição aos redutores de danos, profissionais que faziam parte da composição das equipes nos CdeR. Apesar dessa mudança, o texto deixa claro a importância da continuidade do cuidado baseado na redução de danos.

A opção pelo Agente Social no escopo de profissionais do CR compreende um maior número de profissionais de nível médio habilitados para trabalhar com o tema, como agentes comunitários de saúde, educadores sociais, os próprios redutores de danos, etc.

Redução de danos é uma estratégia do Ministério da Saúde que tem como foco principal de suas ações a oferta de cuidado integral à saúde do usuário, reduzindo prejuízos agregados em função do uso de drogas e prevenindo aqueles ainda não instalados, sem necessariamente interferir no uso de drogas. Vale ressaltar que, nesse sentido, a redução de danos é uma estratégia desenvolvida para pessoas que não desejam ou não conseguem diminuir/cessar o uso de drogas, bem como para os demais usuários com dificuldade para acessar serviços de saúde ou aderir ao cuidado integral à saúde. (BRASIL, 2012a, p.43)

Nessa escrita, o manual define a concepção da estratégia de redução de danos. Compreende-se, a partir desse contexto, que a RD amplia o acesso a esses usuários de drogas, na medida em que oferta serviços mesmo para aqueles que não desejam ou não conseguem parar de usar. Também reforça a ideia de não ser a abstinência o principal objetivo, mas a oferta de cuidado para interferir e prevenir os efeitos causados pelo abuso da droga.

A compreensão ministerial através do trecho selecionado pode ser relacionada através da revisão bibliográfica realizado por Santos, Soares e Campos (2010) de encontro a compreensão de diversos artigos. Essas pesquisas referem que o usuário de drogas não é passivo ao uso da substância e muitos optam por continuar o seu uso. A meta da RD é a de construir estratégias e possibilidades de diminuição dos danos e riscos relacionados ao consumo prejudicial ou de risco. Esses autores também defendem que muitas são as estratégias de reduzir riscos, variando através do contexto socioambiental e cultural.

Nesse outro trecho do documento se reforça esse entendimento:

Muitas vezes, pessoas que têm problemas com drogas propõem que o objetivo do tratamento seja controlar o uso de forma a não ter mais os riscos e prejuízos. Os serviços e profissionais que têm experiência nesse campo sabem que é muito raro que elas consigam esse fim e esforçam-se para motivá-las a parar. De toda forma, o tratamento que tem a redução de danos como estratégia não se prende somente ao consumo da substância. Outros aspectos que compõem a história dessa pessoa, como os emocionais, sociais, de relacionamento com os demais e consigo mesmo, a função que tem o uso da droga para ela, bem como outros problemas de saúde, são questões centrais abordadas no tratamento. (BRASIL, 2012a, p.75)

O MS entende que a abordagem às drogas no campo da saúde não se prende ao uso da substância propriamente dita. É preciso entender o contexto social envolvido, para tanto se deve empreender um processo de vinculação e de diálogo.

Afirma-se, desse modo, que a redução de danos para o MS é um paradigma ético/político. Schuster e Cecchin [s.d] falam que a redução de danos pode ser vista como uma postura ética que visa a um empoderamento dos sujeitos e que pretende possibilitar uma reflexão a respeito das estruturas de poder, ao invés de simples aceitação de um poder imposto hierarquicamente. Assim como propõe esses autores, os usuários de drogas atendidos no paradigma da RD são centrais para a construção do seu processo de cuidado, não sendo menos importantes que o saber profissional. Santos (2010) também aborda a questão ética do estado de continuar sendo responsável por acompanhar e se aproximar de um usuário de drogas que não queira interromper ou diminuir o uso. Dias et al. (2003), escreve que a face política da redução de danos está no fato de que a recusa a abstinência nunca deveria ser motivo de exclusão ao tratamento. Além disso, quem pretende reduzir danos se isenta de posições ideológicas, ou seja, não se posiciona contra ou a favor do uso de drogas. É justamente essa a posição compreendida nesse documento, pois não há posicionamento, nem julgamento de qualquer ordem a respeito da pessoa que escolhe usar drogas, mas sim respeito e compromisso com a atenção à saúde desses cidadãos.

O parágrafo a seguir trata de um exemplo de atendimento a uma pessoa em situação de rua:

EAD era paciente conhecido da Estratégia Saúde da Família para a população em situação de rua de Belo Horizonte há alguns anos. Apresentava esquizofrenia e fazia uso de crack, tinha família no interior do Estado e já morava nas ruas de BH há vários anos. Aposentado por invalidez, usava toda a aposentadoria para comprar crack no dia em que recebia. Era acompanhado pela equipe de apoio de saúde mental também, numa política de redução de danos. Tendo iniciado tosse persistente, fez Baar na unidade e, no dia seguinte, feito diagnóstico de tuberculose (TB). (BRASIL, 2012a, p.43)

Portanto, trabalhar da perspectiva de redução de danos será a melhor forma de seguimento ao tratamento de TB entre a população em situação de rua que faz uso de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2012a, p.63)

Nesse contexto, as estratégias de redução de danos tornam-se uma importante ferramenta para contribuir e enriquecer a abordagem das equipes que trabalham com essa população, seja nos Consultórios na Rua, seja nas Unidades Básicas de Saúde. (BRASIL, 2012a, p.73)

O Manual traz um exemplo de um usuário com múltiplas questões de saúde a serem resolvidas. Além do uso de drogas, o indivíduo em situação de rua tem esquizofrenia e diagnóstico positivo para tuberculose. Nas suas conclusões sobre o melhor método de cuidado, se refere a redução de danos como sendo o paradigma de cuidado mais apropriado. Atesta-se a compreensão ampliada do conceito, implicando em um paradigma de cuidado que vai para além de um cuidado fragmentado ou vinculado somente substância, mas com dimensão integral e incluindo questões para além uso/abuso de álcool e drogas. - .

Nesse momento, o texto também acrescenta um novo espaço de inserção da redução de danos: as Unidades Básicas de Saúde. Apesar de estar claro que os CnaR atuam em conjunto com a rede, a menção a outros serviços, para além dos Consultórios na Rua, revela o desejo ministerial de inserir essa ética de cuidado também para outros equipamentos da AB.

No tratamento baseado em redução de danos, a definição de seu objetivo, metas intermediárias e procedimentos são discutidos com a pessoa, e não impostos. A interrupção do uso de drogas quase sempre é um dos objetivos, mas outros avanços devem ser valorizados, como evitar colocar-se em risco, melhorar ou retomar o relacionamento familiar e recuperar a atividade profissional. A participação ativa da pessoa nas escolhas das metas e etapas do tratamento valoriza e aumenta a sua motivação e engajamento. Por trajetórias diversas, muitas têm história de relacionamentos conturbados com pessoas significativas e este é um dos motivos pelos quais é comum que aqueles com problemas com drogas tenham dificuldades com sua autoestima e autoconfiança. Essa insegurança é agravada pelas sucessivas perdas decorrentes do uso das drogas e, também, pelas recaídas, que muitas vezes ocorrem pelo fato de colocarem a abstinência como meta única do tratamento. Por isso, reagem de forma negativa e intensa quando se sentem controladas ou criticadas em suas opções. (BRASIL, 2012a, p.74-75)

Nessa parte, o manual reafirma as atribuições do cuidado aos usuários de drogas na redução de danos. O documento exemplifica os principais problemas enfrentados por essa população, que sofre cotidianamente com autoestima, insegurança e exclusão social. Merhy (2012) utiliza a expressão não-humanos ou anormais do desejo para fazer reflexão sobre os desejos humanos que são proibidos socialmente. O autor fala que existe pobreza na oferta de redes de conexões existenciais para quem está experimentando novas formas e estéticas de vida para si. Toda essa pobreza, para Merhy, enclausura a busca por novos experimentos que sempre conviveram com a humanidade, como sempre foi o uso das drogas, na busca de novas experimentações para as emoções, afetos e desejos. O modo de

frear os anormais ou não-humanos, seria o controle do desejo criminalizado ou a abstinência. Assim como as palavras do autor, o caderno faz alusão ao direito do usuário de ser alguém com desejos e que necessita ser compreendido antes de ser julgado.

O trecho “A interrupção do uso de drogas é quase sempre um dos objetivos...” (BRASIL, 2012a, p.74-75), nesse parágrafo, talvez seja alvo de entendimento equivocado por parte dos gestores e profissionais, visto que pode ser interpretado com um caminho frequente para usuários abusivo de drogas. Entretanto, embora possa ser um dos desejos do profissional cuidador, a abstinência poucas vezes é alcançada pelo usuário. Desse modo, o cuidador deve respeitar a decisão e buscar caminhos e objetivos alternativos para a minimização/redução dos riscos.

A própria população em situação de rua exemplifica um público em que a abstinência é uma possibilidade distante na terapêutica. Varanda [s.d] escreve que a relação desta população com o uso de drogas é diferenciado, visto que lida com questões como o frio, a compensação do estresse da vida de rua e da degradação dessa situação. O uso também pode ser fator para a sociabilização com outras pessoas na mesma situação por questões de sobrevivência e segurança. Na situação descrita pelo autor, a abstinência não seria, a priori, um objetivo plausível, visto que desencadearia outras situações agravantes em sua vida. A própria literatura ministerial escreveu na política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas que: “reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa [proteção da autonomia] de sua vida” (BRASIL, 2003).

A troca de uma droga por outra que diminua riscos e danos também é um exemplo de prática de redução de danos. É o caso do uso da metadona no tratamento de pessoas com dependência de opioides, como a morfina ou a heroína. A metadona é também um opioide e igualmente pode provocar dependência. Mas, como os riscos e os danos são menores, é prescrita em serviços médicos nos Estados Unidos e na Europa como forma de facilitar a retirada da heroína ou como substituição, quando os indivíduos não conseguem ou não querem interromper o uso. (BRASIL, 2012a, p.75)

O parágrafo faz alusão a uma prática antiga de redução de danos, que é a substituição de uma droga por outra menos danosa, nesse caso um fármaco. Essa é

reconhecida como a primeira ação de redução de danos (O'HARE, 1994). Entendem-se essas estratégias utilizadas, assim como a substituição de drogas, como alguns dos inúmeros meios de se propor cuidado a população nessa ótica. O projeto de cuidado, como já citado no documento, é construído a partir da relação do indivíduo com as drogas, com a saúde e outras questões que permeiam a vida.

No Brasil, os casos de dependência de opioides não são tão comuns, mas, quando ocorrem, o tratamento da dependência também é realizado em serviços de saúde, incluindo a troca provisória pela metadona. O uso de benzodiazepínicos como o diazepam no tratamento da abstinência alcoólica, rotina nos serviços de saúde no Brasil e no exterior, constitui outro exemplo de substituição de uma droga por outra de menor risco e, portanto, uma estratégia de redução de danos. Com a abordagem de substituição, a interrupção do uso de drogas pode ser um objetivo a ser alcançado mais adiante. Assim, não há contradição entre redução de danos e abstinência como meta, mas sim entre redução de danos e abstinência como uma exigência para que as pessoas recebam atendimento e acolhimento nos serviços. (BRASIL, 2012a, p.75)

O documento argumenta que a redução de danos pode propor a abstinência como objetivo em determinados casos, não havendo assim, contradição com a política. Entretanto, espera-se que esse não seja o único caminho. Santos et al. entende que a RD veio como oposição à guerra as drogas, movimento que previa medidas repressivas ao usos e que via a abstinência como único meio de sair da criminalidade. Portanto, a RD é uma alternativa a obrigatoriedade da abstinência e não a ela em si. Parar de usar drogas pode ser um caminho viável, no entanto mesmo com a decisão de parar, trata-se de um processo difícil e, na maioria das vezes, seguida por recaídas.

O parágrafo seguinte demonstra a posição do manual em defender o cuidado baseado na não exclusão do indivíduo usuário de drogas, respeitando o seu tempo:

No que se refere ao uso, é comum que da pessoa no tratamento, as mudanças vão se tornando mais sólidas e consistentes. Os avanços e recuos, paradas e recaídas também ocorrem no tratamento com exigência de abstinência; uma das diferenças é que, com as estratégias de redução de danos, não ocorre a exclusão daqueles que não querem ou não conseguem interromper o uso. diminuições, interrupções e recaídas ocorram, mas com o estabelecimento do vínculo terapêutico e o engajamento. (BRASIL, 2012a, p.75)

Nota-se a postura ética/política de inclusão e respeito às decisões do usuário. Amplia-se o acesso, de modo que todos os usuários de drogas tem a oferta dos

serviços, que buscam a continuidade do cuidado através da vinculação e promoção da atenção integral.

O Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua, portanto, revela um olhar ampliado sobre a redução de danos. Embora a abordagem restrinja-se aos usuários de drogas, durante o texto se nota a preocupação do trabalho junto a RAS de forma a propor a ética de cuidado em RD como necessário para o cuidado à população em situação de rua.

5.1 A REDUÇÃO DE DANOS E O FAZER DA ATENÇÃO BÁSICA: AS CONTRIBUIÇÕES DO CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA Nº34

O Caderno de Atenção Básica (CAB) nº34 – Saúde Mental foi lançado em 2013 com o objetivo de estimular e compartilhar o conhecimento no cuidado em saúde mental na atenção básica. A publicação do MS ocorre em um momento de reafirmação e de expansão de algumas estratégias da AB, como do Consultório na Rua, o Melhor em Casa, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ).

O documento traz valiosas contribuições tanto para as equipes de atenção como de gestão sobre as práticas realizadas em saúde mental no desígnio das atividades realizadas pela AB. Esse estudo irá analisar o capítulo 4.2 do CAB, intitulado “A abordagem da Redução de Danos na Atenção Básica”.

O capítulo inicia lembrando a entrada do conceito da redução de danos na PNAB, revelando a partir daí os entendimentos sobre o conceito:

Atuar em uma perspectiva da redução de danos na Atenção Básica pressupõe a utilização de tecnologias relacionais centradas no acolhimento empático, no vínculo e na confiança como dispositivos favorecedores da adesão da pessoa, conforme já apresentado no tópico sobre Projeto Terapêutico Singular. (BRASIL, 2013, p.58)

O texto fala da RD de um paradigma ético de cuidado, baseado em tecnologias relacionais. A centralidade no acolhimento, no vínculo e na confiança vai de encontro ao conceito falado por Ceccim e Merhy (2009) que é a “centralidade no encontro”, ou seja, o centro da atenção cuidadora seria no encontro, cuja regulação nasce do contato com a alteridade. Nessa concepção, fugimos do entendimento de

que o cuidado tenha que ser centralizado no profissional de saúde ou no usuário, estabelecendo a relação horizontal como o primordial para esse encontro.

O trecho ainda cita outro parágrafo do texto, descrito abaixo:

Apresentaremos neste capítulo algumas questões importantes que podem contribuir na operacionalização das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Em especial, falaremos sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a Redução de Danos, propostas que não são exclusivas do campo da Atenção Psicossocial, pois possibilitam a efetivação de uma clínica ampliada em Saúde que leva em consideração o contexto e a necessidade das pessoas que buscam cuidado. (BRASIL, 2013, p.55)

Nesse paragrafo, são introduzidos os conceitos de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e de clínica ampliada. O paragrafo revela a RD, assim como a PTS, estratégias que efetivam a ampliação da clinica.

O PTS, assim como RD, tem vasta bibliografia em saúde mental e foi incorporado recentemente como conceito importante para a AB. Segundo Pinto et al. (2011) esse conceito se refere a ações que se utilizem de tecnologias leves (vínculo, acolhimento, corresponsabilização) para aumentar o conhecimento e a autonomia do usuário para apropriação do seu processo saúde-doença, da melhoria da sua qualidade de vida. O PTS também envolve a família do usuário, assim como sua inserção social para a construção de uma terapêutica significativa e compartilhada.

O conceito de clínica ampliada já era utilizada pela AB, ligada a Política Nacional de Humanização (PNH). Em 2009, o MS lançou a cartilha Clínica Ampliada e Compartilhada. Nesse documento, aponta-se para a necessidade de ampliar o protagonismo do sujeito no processo de decisão sobre sua saúde. Dessa forma, pretende-se ter uma clínica compartilhada pela qual a decisão pelo projeto terapêutico singular se dê de forma conjunta, participativa e negociada entre o serviço e o usuário. Há grande aproximação com os outros dois conceitos, visto que também predispõe do protagonismo do sujeito para atuar em seu processo de cuidado.

Assim, embora a estratégia de redução de danos seja tradicionalmente conhecida como norteadora das práticas de cuidado de pessoas que tem problemas com álcool e outras drogas, esta noção não se restringe a esse campo por ser uma abordagem passível de ser utilizada em outras condições de saúde em geral. Há, portanto, duas vertentes principais a respeito da Redução de Danos (COMTE et al., 2004): 1) a Redução de Danos compreendida como uma estratégia para reduzir danos de HIV/DST em usuários de drogas e 2) a Redução de Danos ampliada, concebida como conceito mais abrangente, no campo da Saúde Pública/Saúde

Coletiva, por abarcar ações e políticas públicas voltadas para a prevenção dos danos antes que eles aconteçam (DIAS et al., 2003)

Apesar das diferenças apontadas entre essas perspectivas, um ponto em comum a ambas é a construção de ações de redução de danos tomando como fundamental a valorização do desejo e das possibilidades dos sujeitos para os quais estão orientadas essas ações. Ou seja, ambas as perspectivas pressupõem o diálogo e a negociação com os sujeitos que são o foco da ação. (BRASIL, 2013, p.58)

Esses dois parágrafos revelam uma concepção ampliada sobre a ética/política da redução de danos. Aparece, pela primeira vez explicitamente em documento ministerial, a desvinculação da redução de danos e o uso de drogas.

Fala-se em RD quando há mudança de hábitos de um usuário com doença crônica, por exemplo. Pode-se imaginar uma pessoa hipertensa que não pretende mudar radicalmente sua vida e resolve, através do diálogo com o profissional de saúde, que poderá substituir a carne gorda e excessivamente salgada do fim de semana, entretanto não pretende ingerir menos bebida alcoólica e nem fazer exercícios. Nesse caso, o trabalhador de saúde faz o papel de redutor de danos, respeitando as escolhas individuais, sem culpabilizar e desvalorizar suas ações, aumentando a corresponsabilização. O profissional, nesse caso, atua numa perspectiva técnica e ética diferenciada, pois ao atuar sob a égide da RD, exige-se uma postura ativa do profissional de saúde no cuidado. Desse modo, estimula-se a reflexão/implicação do usuário sobre a sua saúde e qualidade de vida.

Trazendo para o contexto do serviço, como o do Consultório na Rua, pode-se pensar em um caso de um morador de rua, usuário de drogas ou não, que recebe instruções do profissional de como manter uma melhor higiene, de como melhor preparar o alimento no espaço da rua, de dormir em locais mais seguros. Esse encontro produzirá saúde e reduzirá danos caso ele consiga realizar alguma das ações, claro que sempre predispondo da continuidade do cuidado e vínculo desses indivíduos, diferenciando assim de simples prescrições ou recomendações.

Nessa concepção, pensa-se no usuário, que não obrigatoriamente terá alguma dependência química, mas possui uma infinidade de questões que também são passíveis de serem resolvidas/minimizadas/abordadas pela mesma ética da redução de danos na atenção básica ou pela lógica que essa forma de relação preconiza.

Considerando especificamente a atenção aos problemas de álcool e outras drogas, a estratégia de redução de danos visa minimizar as consequências adversas criadas pelo consumo de drogas, tanto na saúde quanto na vida econômica e social dos usuários e seus familiares. Nessa perspectiva, a redução de danos postula intervenções singulares que podem envolver o uso protegido, a diminuição desse uso, a substituição por substâncias que causem menos problemas, e até a abstinência das drogas que criam problemas aos usuários (VIVA COMUNIDADE; CRRD, 2010³ apud BRASIL, 2013, p.58)

O trecho do texto corrobora com a ideia da singularidade das intervenções de cuidado para os usuários de drogas, referindo algumas opções terapêuticas como diminuição, substituição, recomendações de formas seguras de utiliza-la e abstinência. Nessa perspectiva, analisam-se as dinâmicas de vida que o sujeito estabelece com a droga, para que a partir daí seja proposto alguma forma de intervenção.

Nesse paradigma de cuidado, há um espaço ampliado para a produção de saúde em usuário de drogas. Além das opções terapêuticas citadas, também se podem reduzir danos por diversos meios, como de propor melhor alimentação, descanso, ingestão de água; fatores que parecem óbvios para boa parte da sociedade, mas que faz muita diferença para a saúde de um usuário frequente de crack, por exemplo.

Um aspecto relevante na utilização de abordagens de redução de danos tanto para problemas de álcool e outras drogas quanto para outras condições crônicas é sua centralidade no que a pessoa que busca ajuda deseja e consegue fazer para lidar com seu problema. Desse modo, por meio da redução de danos é possível cuidar dos problemas de saúde de maneira menos normalizadora e prescritiva, evitando ditar quais seriam os comportamentos adequados ou não. Operar em uma lógica de redução de danos também exige trabalhar com a família da pessoa que usa drogas, que muitas vezes é quem procura os serviços de Atenção Básica. Acolher o familiar e ofertar possibilidade de apoio inserindo-o em atividades coletivas como grupos de terapia comunitária podem ajudá-lo a lidar com o sofrimento. (BRASIL, 2013, p.58)

A redução de danos, como argumenta o parágrafo, é antagônico a um antigo problema da AB: o excesso de prescrição. Conforme Jorge, Sousa e Franco (2013), a demanda de cuidado está associada ao alto consumo de medicamentos e procedimentos duros, onde as práticas relacionais são negligenciadas. Para os autores, a demanda imaginária viria de uma formação sócio histórica centrado nos procedimentos do século XX, em práticas excessivamente prescritivas.

³ VIVA COMUNIDADE; CENTRO DE REFERÊNCIA DE REDUÇÃO DE DANOS (CRRD). **Cartilha de redução de danos para agentes comunitários de saúde: diminuir para somar**. Porto Alegre:

Os redutores de danos, assim sendo, poderão atuar em um vasto campo que influencia na vida de milhares de pessoas, que é o do abuso de medicamentos. Muitas vezes, trabalha-se com níveis de dependência química muito semelhante ao do abuso de drogas. Portanto, a utilização de práticas relacionais ao invés de somente prescrições e procedimentos duros pode facilitar a incorporação de outras ações em saúde em detrimento do excesso de receitas de medicamentos.

A família é lembrada como um importante elemento na vida do usuário. Munari et al. (2008) fala que tanto o cuidado em saúde mental, quanto o cuidado em AB caminham numa mudança paradigmática do conceito de saúde, que passa do olhar materializado na doença, para o sujeito inteiro, constituído de um contexto familiar e comunitário.

A construção de uma proposta de redução de danos deve partir dos problemas percebidos pela própria pessoa ajudando-a a ampliar a avaliação de sua situação. No caso de pessoas com problema em relação ao álcool, podem se sugerir cuidados de praxe como não beber e dirigir; alternar o consumo de bebida alcoólica com alimentos e bebidas não alcoólicas; evitar beber de barriga vazia; beber bastante água, optar por bebidas fermentadas às destiladas, entre outras sugestões. (BRASIL, 2013, p.59)

Nessa parte do texto, o CAB reforça a ideia do cuidado em redução de danos como minimizador dos prejuízos causados por usar drogas, sem necessariamente reduzir o consumo, como no caso o uso do álcool.

Pode-se relacionar também o fato descrito do ato de beber e dirigir com a ampla campanha nacional da Lei Seca, que utiliza-se de uma estratégia de redução de danos. O slogan intitulado “Se beber, não dirija” não pressupõe um fato discriminatório, nem repressor, mas sim uma metodologia de cuidado para quem quer fazer o uso da droga.

Talvez o fato de integrar ações conjuntas com outras áreas, para além da própria rede de atenção à saúde, seja um dos maiores desafios ao tema das drogas. A relação de práticas repressoras por parte da segurança pública é um exemplo do descompasso e a falta de diálogo com a própria saúde e a proposição da RD. Machado e Boarini (2013) falam que a redução de danos enfrenta um desafio intersetorial, pelo qual se verifica que, no cenário do debate sobre drogas, saúde e segurança pública estiveram em grande parte cindidas e opostas. O

entrecruzamento dessas duas frentes é recente, tendo ocorrido a partir da década de 90.

O programa atual de enfrentamento ao uso de drogas pelo governo federal é a estratégia “Crack, é possível vencer”. O programa prevê a integração entre os Ministérios da Justiça, da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Educação e da Secretaria de Direitos Humanos. Os eixos estruturantes do programa são o de prevenção, cuidado e autoridade.

O programa objetiva a estruturação e ampliação dos mecanismos de cuidado aos usuários de drogas. Para isso, investe-se, em âmbito da saúde, na construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de Unidades de Acolhimento (UA) e Consultório na Rua.

Uma dos aspectos mais interessantes do programa é a oportunidade de reunir e dialogar com as diferentes áreas. Tanto a saúde, como a segurança pública e a assistência social devem se reunir mensalmente nos municípios para discutir e monitorar a estratégia. A nível estadual e federal esses encontros também ocorrem.

A ideia não é impor um tratamento semelhante entre as áreas, mas estar alinhados ao mesmo objetivo. Indiretamente ele contribui para o diálogo entre as áreas e para o conhecimento da rede. Não se pode mais tolerar práticas de saúde ou de segurança pública que interfiram no direito de ir e vir desses cidadãos ou práticas rudimentares de violência e repressão

A estratégia não prevê diretamente o cuidado pautado na redução de danos, entretanto financia a implantação dos serviços de saúde que atuam ou deveriam atuar nessa lógica de cuidado, como os CAPS, as UAs e os Consultórios na Rua. Nessa linha, podemos perceber um investimento e uma acreditação na prática de RD desses serviços, em prol do maior acesso a saúde dos usuários de drogas e diminuição dos danos causados pelo abuso de drogas no país.

Muitos outros desdobramentos são possíveis adotando a perspectiva da redução de danos, dependendo das situações e dos envolvidos. E uma determinada linha de intervenção pode ter seu escopo ampliado à medida que o vínculo é ampliado. Assim, a redução de danos nos coloca ante questões gerais às demais intervenções de saúde como a necessidade de reflexão sobre o que norteia a produção do cuidado. Um cuidado emancipatório pautado pela ampliação dos gradientes de autonomia visa ajudar a pessoa a desvelar e lidar com suas escolhas. Um cuidado tutelar, disciplinador, prescritivo e restritivo predetermina e estabelece, a partir de

critérios externos, aquilo que a pessoa deve fazer e como deve se comportar (MERHY, 2007⁴ apud BRASIL, 2013, p.59).

O documento, através das contribuições de Merhy (2003), reitera as diferenças entre o cuidado disciplinador/tutelar e a abordagem da RD baseado na reflexão do processo de cuidado a partir do cuidado compartilhado e autônomo.

Fazendo uma breve análise das ações de RD no país, conclui-se que ela nunca foi somente uma medida de troca de seringa, de substituição de cachimbo ou substituição de drogas. Essas ações vinham acompanhadas de encontros, vínculos e afetos que faziam parte de uma nova abordagem, um novo olhar sobre o uso de drogas. A redução de danos, portanto, induz estratégias para a melhoria da qualidade de vida, sem haver necessariamente troca ou substituição, mas uma estratégia de cuidado a partir das singularidades do sujeito.

Em síntese, a adoção da perspectiva da redução de danos pressupõe uma abertura para o diálogo, a reflexão, os questionamentos e a avaliação contínua das intervenções. Abordagens baseadas na redução de danos implicam em levar em conta a vulnerabilidade das pessoas e dos coletivos. A noção de vulnerabilidade, compreendida enquanto o resultado de interações que determinam a maior ou menor capacidade de os sujeitos se protegerem ou se submeterem a riscos possibilita a singularização das intervenções e converge com as ideias já apresentadas, a respeito do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (OLIVEIRA, 2008⁵ apud BRASIL, 2013, p.59)

O parágrafo atenta para o conceito de vulnerabilidade, fator importante na priorização do cuidado em redução de danos e no PTS. Machado e Boarini (2013) falam que, em relação às drogas, a transição do comportamento de risco a uma situação de vulnerabilidade possibilitou a compreensão para além da individual, com a inserção da dimensão social, econômica e política. Para eles esses aspectos também determinam e influenciam o comportamento individual. O conceito de vulnerabilidade favoreceu a compreensão da estratégia de RD, ampliando-a da prevenção exclusiva da AIDS por meio dos PTS para a concepção de redução de danos sociais e à saúde (MACHADO ; BOARINI, 2013).

O PTS e a redução de danos ajudam, assim, a operacionalizar a perspectiva de uma clínica ampliada, que possibilita a emergência de dimensões subjetivas e a reconfiguração dos territórios existenciais, tanto

⁴ MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). **Reforma Psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 25-37.

⁵ OLIVEIRA, G. N. O projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

dos trabalhadores em saúde quanto daqueles que eles cuidam. A dimensão processual desse modo de produção do cuidado ancora, mas, ao mesmo tempo, projeta a construção da integralidade em saúde na perspectiva de autonomia e emancipação dos sujeitos e coletivos. (BRASIL, 2013, p.60)

Aqui o texto volta a relacionar redução de danos e PTS com a perspectiva da clínica ampliada. Atuar na perspectiva da ampliação da clínica, para o documento, implicaria na reconfiguração do trabalho e do cuidado. O trabalhador se aproximaria do usuário, de modo que se construa uma relação de vínculo e autonomia, no processo de construção da integralidade.

O texto escreve sobre a autonomia e emancipação de sujeitos e coletivos, do mesmo modo que Foucault (2006) denomina de cultivo das práticas de liberdade, sendo esse o movimento de manter móveis as relações de poder. Ou seja, deve-se ampliar o grau de liberdade e autonomia do sujeito, de modo que as relações de poder sejam diminuídas. O autor ainda fala dos profissionais e usuários como sujeitos éticos políticos das suas ações.

Verifica-se durante a leitura do CAB, com relação à redução de danos, uma excelente produção conceitual e de acordo com as recentes publicações que possuam uma abordagem ampliada. Nota-se que não se fala mais em apenas ações em saúde mental, nem quanto ao uso de drogas, mas sim em paradigma ético/político do cuidado em saúde. A compreensão ministerial, nesse sentido, está de acordo com práticas que visam respeito às culturas locais, a integralidade e a humanização nos serviços.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A entrada da redução de danos no do rol de atribuições da atenção básica com a publicação da PNAB revela um alinhamento do Ministério da Saúde no que diz respeito às políticas realizadas pela saúde mental e atenção básica.

Verifica-se através da publicação do Manual sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua e o Caderno de Atenção Básica nº34 – Saúde Mental o entendimento do MS sobre conceito ampliado de redução de danos, abrangendo um entendimento ético/político.

O Manual sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua retrata com veemência a questão das drogas, por ser um assunto recorrente no cuidado à população de rua. Pauta a RD como indispensável a todas as ações realizadas pelo consultório na rua, mas também conjuntamente e transversalmente com a rede de atenção à saúde. O texto ainda traz exemplos de como se estabelece praticamente o ato de cuidar no espaço das ruas.

O Caderno de Atenção Básica nº34 discorre sobre a RD como um caminho concreto para propor a integralidade do sujeito, suscitando o protagonismo e autonomia do usuário no seu processo de cuidado. O documento rompe com a proposta da RD somente aos usuários de drogas, mas como uma estratégia de ampliação da clínica para os usuários da atenção básica. Entretanto, o documento enfoca mais conceitualmente e carece de parâmetros práticos de como a RD pode ser baliza ética ou intervencionista no contexto da atenção básica.

Com relação às drogas, o MS opta por ser opositor à metodologia da abstinência e de Guerra as Drogas, já que reitera sua posição de continuidade do cuidado e respeito as decisões, mesmo que a opção do usuário seja a de continuar o uso.

Os documentos analisados são importantes discussões conceituais a serem feitas em todos os níveis de atenção, de modo que ainda se convive culturalmente com rejeições, discriminações e estigmas sociais. Entretanto, há que referir que somente as publicações não são suficientes para a mudança de prática, haja vista as muitas experiências locais que ainda optam por abstenção, confinamento e violência.

O CnaR marcadamente é o serviço que pratica ações redução de danos no cotidiano, mas é importante o trabalho de divulgação e estimulação de ações em

outros serviços da atenção básica a fim de reafirmar essa diretriz da PNAB, contribuindo para um cuidado mais humanizado, inclusivo e integral.

Novos estudos são fundamentais para discorrer sobre esse momento da redução de danos, percebendo a reafirmação ou retrocesso da discussão. Também são necessárias análises de outros documentos e políticas da AB a fim de reconhecer se há alinhamento entre o que diz as diretrizes da PNAB com as publicações a nível federal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. B. Conceito de redução de danos: uma apreciação crítica. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 53-61, 2003.
- BASTOS, F. I.; MESQUITA, F. **Troca de seringas: debate, ciência e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS: material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS**. Brasília: EPSJV-Fiocruz, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. . **Diário Oficial da União**. Brasília, 2012c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1.028/GM de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 34).
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 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. **Diário Oficial da União**, 2006.
- CARRANZA, D. V. V.; PEDRÃO, L. J. Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas em el ambiente familiar durante la fase de tratamiento em um instituto de salud mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n.1, p. 836-844, 2005.
- CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. supl. 1, p. 531-542, 2009.

CONTE, M. **A clínica psicanalítica com toxicômanos: o “corte & costura” no enquadre institucional.** São Leopoldo: UNISINOS, 2004.

CRUZ, M. S. Redução de Danos, prevenção e assistência. In: **PREVENÇÃO** ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Brasília: Ministério da Justiça/SENAD, 2011, p. 155-177.

DIAS, J. C. et al. Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n.5, p. 341-348, 2003.

ELIAS, L. A.; BASTOS, F. I. Saúde pública, redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4721-4730, 2011.

FONSECA, C. J. B. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**, Maceió, v.1, n.1, p. 11-36, 2012.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: FOUCAULT, M. Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 264-287.

JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P.; FRANCO, T. B. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.5, p. 738-744, 2013.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p.251-260, 2014.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. Brasília: **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.33, n.3, p. 580-595, 2013.

MERHY, E. E. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. GRUPO DE TRABALHO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. **Drogas e cidadania: em debate.** Brasília: CFP, 2012. p. 9-18.

MUNARI, D. B. et al. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n.3, p.784-795, 2008.

NARDI, H. C.; RIGONI, R. Q. Marginalidade ou cidadania? a rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n.2, p.273-282, 2005.

NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R.; MONTEIRO, L. F. **Guia do Projeto Consultório de Rua.** Salvador: Secretaria Nacional de Política Sobre as Drogas, 2012.

O'HARE, P. Redução de danos: alguns princípios e a ação prática. In: MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. (Org.). **Drogas e Aids: estratégias de redução de danos**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 65-78.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

PAES, P. C. D. Adolescência e Drogas. In: PAES, P. C. D.; AMORIM, S. M. F. (Orgs.). **Formação Continuada de Socioeducadores**. Campo Grande: UFMGS, 2008.

PAES, P. C. D. **Tá legal: construindo uma política de redução de danos no estado de Mato Grosso do Sul, fronteira com a Bolívia**. Campo Grande: GASS, 2002.

PASSOS, E.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicologia e Sociedade**, São Paulo, v.23, n.1, p. 154-162, 2011.

PASSOS, E.; SOUZA, T. P. Redução de danos no Brasil: aspectos históricos e políticos. In: TEDESCO, S.; NASCIMENTO, M. L. **Ética e Subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 96-110.

PINTO, D. M. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Santa Catarina: **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n.3, p. 493-502, 2011.

PINTO, H. A.; KOERNER, R. S.; SILVA, D. C. A. Atenção Básica agora é Prioridade! **Saúde Brasil: uma praça de debates sobre a saúde e o SUS**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://susbrasil.net/2011/10/22/atencao-basica-agora-e-prioridade/>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

SANTOS, L. M. B. (Org.). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf, 2010.

SANTOS, V. E. ; SOARES, C. B. ; CAMPOS, C. M. S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUIDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, São Leopoldo, v.1, n.1, 2009.

SCHUSTER, L.; CECCHIN, R. Ética e redução de Danos. **Disciplina de Ética Profissional**. Porto Alegre, (sem data). Disponível em; <http://www6.ufrgs.br/e-psico/etica/temas_atuais/reducao-de-danos-texto.html>. Data do acesso: 30 jun. 2014.

VARANDA, Walter. Uso de álcool e drogas por moradores de rua tem abordagem equivocada. **Revista Sociologia**. Disponível em: <<http://sociologiacienciaevida.uol.com.br/ESSO/Edicoes/0/uso-de-alcool-e-drogas-por-moradores-de-rua-tem-143817-1.asp>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

VINADÉ, T. F. Redução de danos na atenção primária à saúde: construindo a

potência do encontro. IN: MINOZZO, F.; FRANÇA, S.P. (Org.). **A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, 2009. p. 63-73.