



Serviço Social
EM DEBATE

FABIANO DE ALMEIDA PEREIRA

O trabalho do Assistente Social na
REDUÇÃO DE DANOS
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS

Edibrás
Gráfica e Editora

**O TRABALHO
DO ASSISTENTE
SOCIAL NA
REDUÇÃO
DE DANOS:
USUÁRIOS
DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS**

FABIANO DE ALMEIDA PEREIRA
(AUTOR)

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL
NA REDUÇÃO DE DANOS: USUÁRIOS
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

1º EDIÇÃO

UBERLÂNDIA - MG

**Edibrás**
Gráfica e Editora

Copyright © 2018

FABIANO DE ALMEIDA PEREIRA

Todos os direitos reservados.

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA REDUÇÃO DE DANOS:
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS UMA VISÃO CRÍTICA

1ª Edição - Abril 2018

Capa | Diagramação | Arte Final: Marcelo Soares da Silva

CORPO EDITORIAL

Beatriz Nunes Santos e Silva (Mestra em Educação pela Fucamp)

Bruno Arantes Moreira (Doutor em Engenharia Química pela UFU)

Fernanda Arantes Moreira (Mestra em Educação pela UFU)

Graziela Giusti Pachane (Doutora em Educação pela UNICAMP)

Irley Machado (Doutora pela Université Paris III - Sorbonne Nouvelle)

Juraci Lourenço Teixeira (Mestre em Química pela UFU)

Kenia Maria de Almeida Pereira (Doutora em Literatura pela UNESP)

Lidiane Aparecida Alves (Mestra em Geografia pela UFU)

Luiz Bezerra Neto (Doutor em Educação pela UNICAMP)

Mara Rúbia Alves Marques (Doutora em Educação pela UNIMEP)

Orlando Fernández Aquino (Doutor em Ciências Pedagógicas pela ISPVC - Cuba)

Roberto Valdés Puentes (Doutor em Educação pela UNIMEP)

Vitor Ribeiro Filho (Doutor em Geografia pela UFRJ)

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
EDITORA EDIBRÁS, MG, BRASIL

P436o PEREIRA, Fabiano de Almeida
O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA REDUÇÃO DE
DANOS: USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
UMA VISÃO CRÍTICA
1ª ed / Uberlândia-MG: Edibrás, 2018.
98p.; il.;
ISBN: 978-85-67803-87-6

1. Assistente Social 2. Redução de danos 3. Usuários de Álcool e Drogas
I. PEREIRA, Fabiano de Almeida II. Título.

CDD 360

É proibida a reprodução total ou parcial / Impresso no Brasil / Printed in Brazil
A comercialização desta obra é proibida

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, Kênia Maria de Almeida Pereira, e meu pai, José Márcio Dias Pereira, pelo amor, incentivo e apoio incondicional na minha formação pessoal, acadêmica e profissional.

A Pontífice Universidade Católica e todos seus profissionais, em especial os professores que fizeram parte do corpo docente durante minha trajetória no curso de Serviço Social.

Ao Professor Dr. Pedro Alves Fernandes pela orientação deste trabalho e pela apresentação deste livro.

A meus amigos de sala com os quais partilhei momentos agradáveis, momentos de trabalho duro, mas também de muitas recompensas e alegrias.

Ao meu irmão Fabrício de Almeida Pereira e aos grandes amigos Diego Nascimento, Matheus Moura, Diego Sousa e Vinícius Rocha, pelas inúmeras colaborações nas discussões informais acerca do tema, que propiciaram valiosas reflexões que são contempladas nesta pesquisa.

Agradeço também ao Paulo de Andrade pelas correções e sugestões.

Agradeço ainda às minhas queridas avós: Iolanda e Deonice.

Serenata sintética

Cassiano Ricardo

Rua
Torta

Lua
Morta

Tua
Porta



APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A iniciativa de Fabiano De Almeida Pereira de dar maior publicidade e visibilidade à sua pesquisa de TCC foi uma grata e agradável surpresa. Acompanho Fabiano desde a graduação em Serviço Social e sou testemunha do seu compromisso com a formação profissional.

O trabalho ora apresentado é de inestimável valor, seja pela iniciação do autor nas publicações, seja pela contribuição bibliográfica que oferece.

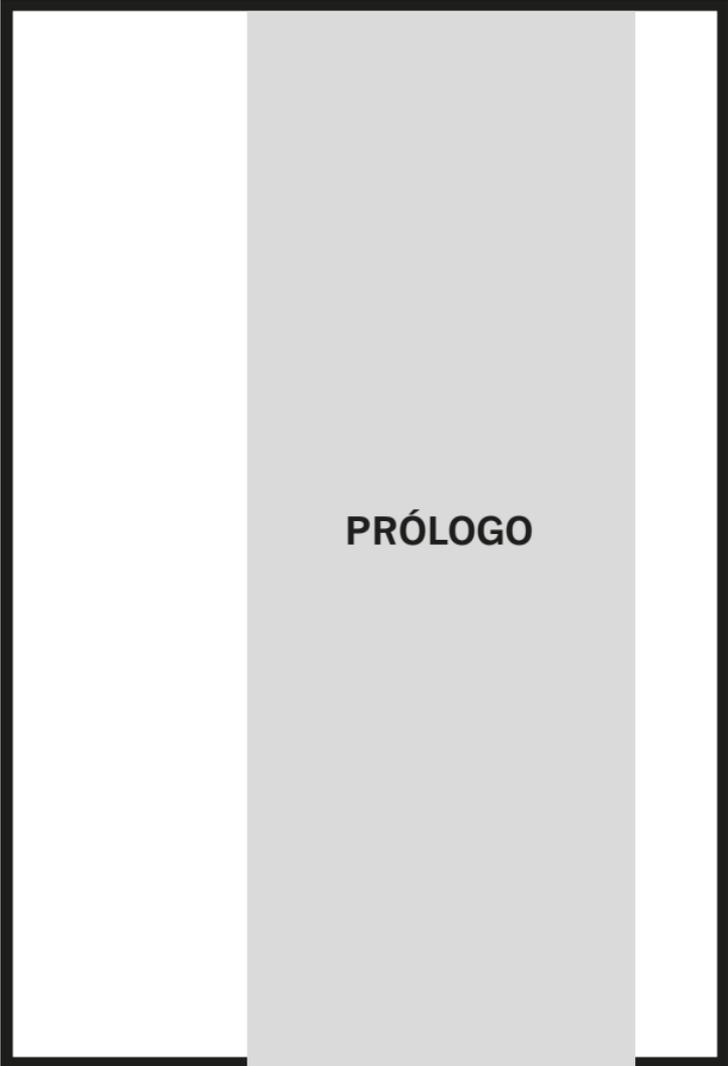
Nessa pesquisa é abordado um tema polêmico e, talvez por isso mesmo, pouco explorado. Relacionar o trabalho profissional do assistente social com a redução de danos na dependência química é valorizar o Código de Ética e o Projeto Ético Político do Serviço Social. Liberdade, Autonomia, Democracia e Direitos Humanos são conceitos muito caros a nossa profissão. Mais importante ainda é ter a sensibilidade de relacionar essas temáticas com o dia a dia, com o fazer profissional que se efetiva por meio das redes de atuação do(a) assistente social. (CRAS, CREAS, CAPS)



Esse é um texto que merece ser estudado, pela sua densidade teórica e por sua atualidade na sociedade, por conseguinte presente nos espaços de intervenção profissional do assistente social. Acadêmicos, profissionais do Serviço social e outros profissionais da área, tem agora, mais uma rica contribuição para seus estudos e para o embasamento do seu trabalho profissional.

Uberlândia, outubro de 2018

Prof. Dr Pedro Alves Fernandes



PRÓLOGO

Este livro é fruto do meu TCC apresentado ao final da graduação em Serviço Social (PUC/ Minas/Uberlândia) defendido em dezembro de 2017. Este trabalho foi orientado pelo professor doutor Pedro Alves Fernandes, a quem, aliás, agradeço muito pelas preciosas sugestões e bibliografias. Este livro é , portanto, os meus primeiros passos em direção a um tema que se apresenta, ao mesmo tempo, complexo e polêmico. São as primeiras sementes de uma longa pesquisa que pretendo desenvolver ao longo de meu aprendizado acadêmico.

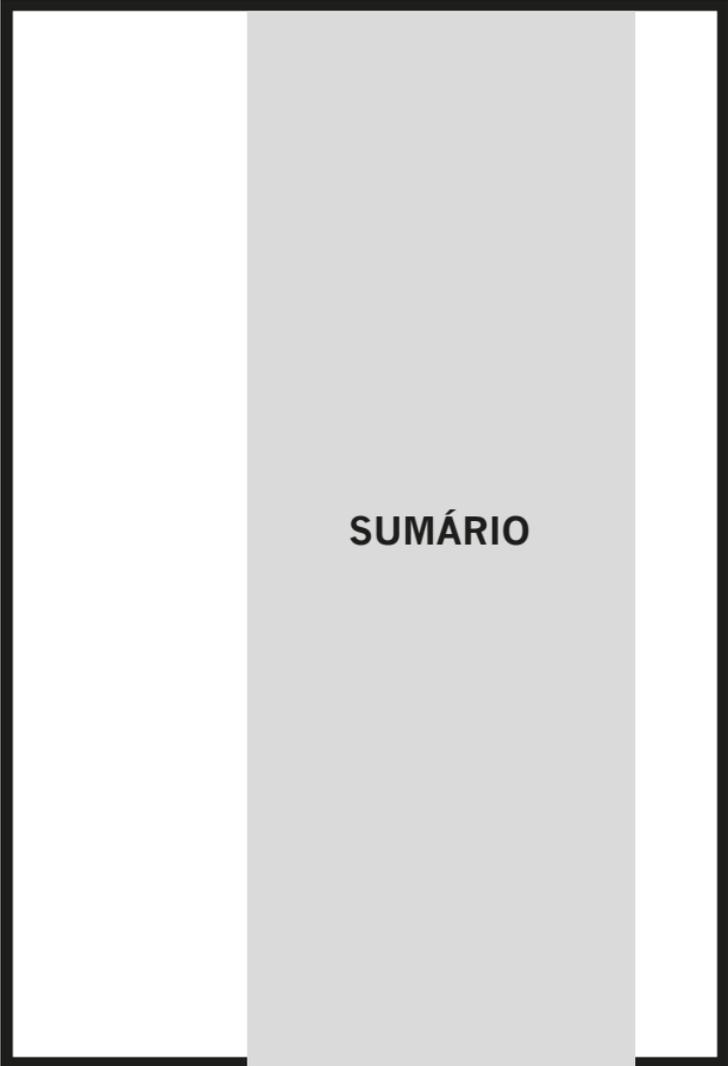
Este livro enfoca, assim, a atuação do assistente social na redução de danos em relação aos usuários de álcool e outras drogas, buscando analisar como esta categoria profissional vem discutindo a questão do uso de drogas e seu trabalho profissional na perspectiva da redução de danos, dentro das produções científicas da área. As estratégias de redução de danos podem ser entendidas



como o conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas, sem ter a abstinência como exigência, respeitando a autonomia e liberdade dos usuários. Para trazer o tema à discussão, o estudo faz uma análise da problemática da questão das drogas no contexto brasileiro, assunto ainda estigmatizado, trazendo críticas ao paradigma que tem como única alternativa a abstinência e o isolamento social dos usuários em clínicas, perspectiva ainda predominante na atuação de muitos profissionais que lidam com a questão. Ao abordar o trabalho do assistente social na redução de danos, são estudados aspectos das suas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, e sua vinculação com os princípios e valores do Projeto Ético Político do Serviço Social.

Fabiano A. Pereira





SUMÁRIO

Conteúdo

AGRADECIMENTOS	5
SERENATA SINTÉTICA.....	7
APRESENTAÇÃO	9
PRÓLOGO.....	13
SUMÁRIO.....	17
1. INTRODUÇÃO	21
2. REDUÇÃO DE DANOS.....	29
2.1. DROGAS E DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	31
2.2. POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL.....	37
2.3. ORIGEM E PRINCÍPIOS DA REDUÇÃO DE DANOS.....	44
3. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA REDUÇÃO DE DANOS.....	55

3.1. AS REDES DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	58
3.2. A FUNDAMENTAÇÃO DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA REDUÇÃO DE DANOS.....	66
3.3. A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NA REDUÇÃO DE DANOS.....	73
4. CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS	89

1. INTRODUÇÃO

Refletir sobre as políticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas tem se tornado importante e urgente, tendo em vista este problema que avança sobre as populações vulneráveis, bem como seu impacto na sociedade, famílias e para a saúde dos indivíduos.

De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), verificou-se que, em 2001, 19,4% dos entrevistados já haviam usado algum tipo de droga e, em 2005, este número foi para 22,8%, o que corresponde a uma população estimada de aproximadamente 11.603.000 pessoas. A comparação das porcentagens da população que fizeram uso de drogas entre 2001 e 2005 mostrou que houve aumento para Maconha (6,9% para 8,8%); Benzodiazepínicos (3,3% para 5,6%); Estimulantes (1,5% para 3,2%); Solventes (5,8% para 6,1%) e Cocaína (2,3%



para 2,9%). (CARLINI *et al*, 2006).

É preocupante o aumento do consumo de crack, uma variante fumável da cocaína com alto poder de causar dependência, que se tornou uma epidemia no Brasil, perceptível pela frequência com que se encontram pessoas consumindo a droga nas ruas e com o fenômeno das “cracolândias” que se espalharam pelas grandes cidades. Iversen (2012, p. 108) relata que o prazer sentido ao utilizar a droga normalmente é seguido por uma depressão profunda e pela necessidade constante de usar a próxima dose para aliviar este estado. Isso leva os usuários a perderem a motivação por tudo que não esteja relacionado à busca por novos suprimentos da droga, acabando por vender seus pertences, roubar, realizar favores sexuais e outras atividades que colocam em risco sua vida.

Já a maconha é a droga ilícita mais amplamente utilizada; de acordo com Iversen (2012, p. 93), embora ela seja consumida há milhares de anos na Ásia e no Oriente Médio, tanto como medicamento quanto como droga recreativa, foi a partir das décadas de 1960 e 1970 que seu uso se tornou comum no mundo ocidental. Outras drogas que se popularizaram nestas décadas foram o LSD e as anfetaminas, hoje muito presentes nas festas de música eletrônica que atraem jovens e adolescentes.

Tratando-se de drogas lícitas, o álcool é a que chama mais atenção. Do uso social ao problemático, é a droga mais consumida no mundo, hábito que está enraizado em diversas culturas. A indústria de bebidas



alcoólicas gasta quantias enormes de dinheiro com propagandas para estimular o seu consumo. Seu uso é cada vez mais frequente e precoce, sendo seu abuso associado, segundo Marlatt (1999, p. 62), a acidentes de trânsito e mortes, com comportamento sexual inseguro, com suicídio, violência doméstica e cometimento de crimes. As consequências do consumo excessivo de álcool para a saúde são graves e incluem doenças hepáticas, cardiovasculares e neurológicas que levam a gastos exorbitantes para a saúde pública.

A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), em parceria com a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), realizou em 2007 o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. A pesquisa revelou dados alarmantes, evidenciando que o consumo de bebidas alcoólicas é um problema de saúde pública, principalmente entre os jovens. Seu consumo é bastante alto entre crianças e adolescentes de 9 a 18 anos, tendo 43% dos entrevistados nessa faixa etária feito uso de alguma bebida alcoólica recentemente. (LARANJEIRA *et al.*, 2007).

O tabaco também se configura como uma droga lícita com grande potencial para trazer riscos à saúde dos usuários, especialmente por causa das substâncias químicas tóxicas e cancerígenas presentes em sua fumaça. Iversen (2012, p. 89) descreve a nicotina como uma droga



muito viciante, em que os usuários se tornam dependentes rapidamente, sendo difícil estimar a importância do uso do tabaco como a principal causa de mortes que poderiam ser evitadas no mundo moderno.

Além disso, a imprensa a cada dia apresenta histórias de famílias que vivem o drama de ter um viciado em casa. Diante desse panorama, é preciso que diversas áreas do conhecimento voltem sua atenção à preocupante questão do consumo de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, que vem se configurando como um dos graves problemas sociais no Brasil.

Toda a complexidade desse fenômeno traz grandes desafios ao Poder Público e aos dispositivos voltados para a questão das drogas, especialmente aos serviços de saúde, assistência social, educação e segurança pública. Nesse contexto é necessário um estudo mais esclarecedor acerca desta temática, pelo fato de os usuários de drogas se encontrarem em situação de vulnerabilidade e risco social, desencadeando inúmeras consequências para sua vida, a de sua família e da sociedade.

A sociedade capitalista, segundo Yamamoto (2004), apresenta a contradição entre o trabalho coletivo e a apropriação privada das atividades, das condições e frutos do trabalho, denominada questão social. É nessa contradição que o Serviço Social encontra sua base de fundação como especialização do trabalho. A questão social se apresenta em um conjunto de expressões, dentre elas o uso prejudicial de drogas e a dependência química, com o qual os assistentes sociais se deparam em seu



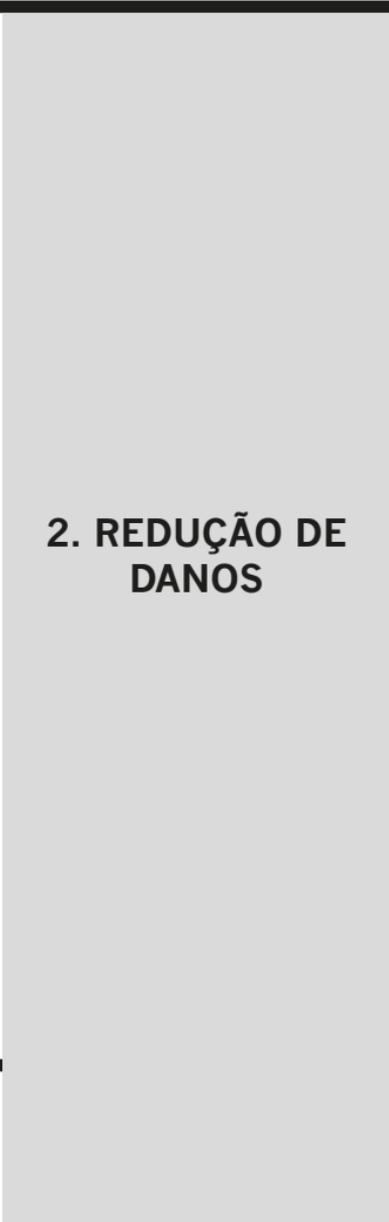
cotidiano de trabalho.

Dentre as propostas de intervenção que mais se alinham com a perspectiva do Projeto Ético Político de Serviço Social, destacam-se as estratégias de redução de danos, que, de acordo com a Agência Internacional de Redução de Danos, “se refere a políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo.” (IHRA, 2010).

Estratégias de redução de danos se pautam no respeito à liberdade e autonomia dos indivíduos, no rompimento do preconceito e estigmatização dos usuários de drogas. Focam nos riscos e consequências adversas do consumo de drogas, buscando identificar o que causa estes riscos, quais suas consequências e o que pode ser feito para reduzi-las.

Nesse sentido, o estudo fará uma análise da questão das drogas e da dependência química, trazendo à tona o contexto brasileiro e abordando a política de drogas no país e como se dá a atenção aos usuários de álcool e outras drogas.





2. REDUÇÃO DE DANOS

2.1. Drogas e Dependência Química

A presença do uso de drogas revela-se de múltiplas formas em diferentes sociedades ao longo da história da humanidade, estando longe de ser um fenômeno moderno. Os homens sempre empregaram o uso de substâncias para alterar seu estado de consciência, seja para aliviar seus males ou para lhes propiciar o prazer. As drogas podem ser definidas como “qualquer substância química tomada de forma deliberada para obter efeitos desejados, podendo ser usadas do ponto de vista médico, religioso ou tomadas devido a seu efeito prazeroso.” (IVERSEN, 2012, p. 7).

Iversen aponta a origem muito antiga do uso desse tipo de substância, surgindo nas primeiras comunidades de humanos caçadores-coletores, que tinham a necessidade de diferenciar quais plantas de seu ambiente eram boas para o consumo e quais eram venenosas. Por tentativa e



erro, acumularam gradualmente o conhecimento de quais plantas e materiais naturais podiam aliviar a dor ou tratar sintomas de doenças. Tal prática se tornou especialidade de curandeiros, xamãs ou feiticeiros, que combinavam conhecimentos médicos com a prática de rituais religiosos. (IVERSEN, 2012).

O uso recreativo de drogas também fazia parte das culturas humanas, sendo que o álcool foi provavelmente a primeira delas, obtido facilmente a partir da fermentação de frutas e leveduras, comuns em qualquer lugar do planeta. O fumo do tabaco em suas várias formas era costume em diversas tribos de índios americanos e se espalhou rapidamente pela Europa e outros continentes a partir da colonização da América. Na Índia era hábito cultural o fumo da Cannabis sativa, popularmente chamada de maconha. Sua utilização como droga recreativa foi praticamente desconhecida no ocidente até meados do século XX, quando se tornou popular com as gerações beat e hippie, posteriormente tornando-se parte intrínseca da cultura jovem. A folha de coca era mascada pelos índios peruanos, e a partir de 1880 teve seu princípio ativo, a cocaína, isolado como substância pura, cujo uso recreativo ganhou força nas últimas décadas. O ópio, resina extraída da papoula, é outro exemplo de medicamento que serviu de droga recreativa ao longo da história, principalmente após a invenção da agulha hipodérmica, que permitiu seus derivados poderosos, como a morfina e a heroína, serem administrados diretamente na corrente sanguínea para obter efeitos mais poderosos, que, no entanto, envolvem



mais riscos. (IVERSEN, 2012).

Assim, percebe-se que o uso dos mais diversos tipos de drogas disseminou-se com o homem e suas migrações, tornando-se culturalmente aceitável e banal em praticamente todas as culturas e povos. Foi a partir do século XIX, com a revolução industrial e o progresso da indústria química e farmacêutica, que o uso de drogas ganhou uma nova dimensão (BERGERET; LEBLANC, 1991). A fabricação de substâncias mais potentes, aliada à massificação do consumo e a comportamentos de abuso e excesso, multiplicaram os casos de dependência química nos países ocidentais. Nesse momento histórico, o uso dessas substâncias passa a ser encarado como um problema, onde, nesse contexto, aparece a noção de dependência de drogas, vista como causadora de prejuízos em várias áreas da vida do indivíduo.

Cada tipo de droga pode trazer efeitos e consequências diferentes para o indivíduo, sendo que elas podem ser classificadas segundo seus efeitos sobre o comportamento e a percepção. Araújo (2012, p. 17) mostra a classificação mais simples e popular que divide as drogas entre estimulantes, depressoras e perturbadoras do sistema nervoso central. As estimulantes aceleram seu funcionamento causando um estado de alerta, aumento da pressão sanguínea, ansiedade, perda do sono e do apetite. É o caso da cocaína e do crack. As depressoras reduzem a atividade cerebral, levando à sonolência e efeitos analgésicos. O álcool e os opiáceos são exemplos de drogas depressoras. As perturbadoras são aquelas



que modificam a forma de trabalhar do sistema nervoso, causando delírios, ilusões ou alucinações. A maconha e o LSD são incluídos nessa categoria.

Além dessa classificação, para Araújo (2012) a legislação de cada país estabelece o controle sobre a venda e o consumo destas substâncias, surgindo, assim, uma outra tipologia ao se definir como drogas lícitas aquelas cuja venda e consumo são regulamentados pelo Estado, mantendo-se algumas restrições, como o local de consumo, a publicidade nos meios de comunicação e a idade mínima para a compra. Dentre elas, destacam-se o álcool e o tabaco.

Por outro lado, as drogas podem ser ilícitas, quando há a proibição para produzir, distribuir, transportar, vender, comprar e portar a substância, como a maconha, a cocaína e o crack. Esta proibição leva ao surgimento de um mercado ilegal, o narcotráfico, que abastece na clandestinidade a demanda por estas drogas, criando facções criminosas que aliciam homens e mulheres de todas as idades, movimentando grandes quantias em dinheiro.

Segundo Prado:

Fenômeno cultural, onde o aspecto econômico é apenas uma de suas dimensões, a droga tornou-se, dentro de uma economia mundial desequilibrada, uma indústria com uma taxa de crescimento das mais elevadas. Os lucros auferidos pelos grandes traficantes mediante esta “indústria” são enormes e ultrapassam, frequentemente, os orçamentos nacionais de muitos países. (PRADO, 1991, p. 243).



Todo este mercado clandestino se sustenta na incrível demanda da população pela mercadoria. Muitas pessoas não compreendem porque uma pessoa decide usar drogas, ou porque um dependente químico não consegue parar de usa-las mesmo quando se arrisca a perder dinheiro, a família, os amigos, o emprego ou até mesmo a própria vida. Atualmente, segundo Reghelin (2002, p. 26), “a dependência do uso de drogas é um problema tão estigmatizado e contaminado pela reprovação moral que os indivíduos que as utilizam são, na maioria dos casos, marginalizados pela sociedade.” Ou seja, essas pessoas são julgadas pelo senso comum como indivíduos sem caráter nem força de vontade, imorais, fracos, dentre outros adjetivos depreciativos.

Do ponto de vista médico-psiquiátrico, a dependência química, informalmente chamada de vício, é apontada como:

[...] um estado psíquico e algumas vezes físico resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizado por modificações de comportamento e outras reações, que sempre incluem um impulso a utilizar a substância de modo contínuo ou periódico, com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos ou evitar o desconforto da privação. (SILVEIRA FILHO; GORGULHO, 1996, p. 22).

Ou seja, trata-se de drásticas mudanças de personalidade e comportamento, que leva a pessoa a agir irracionalmente, sempre a obedecer ao desejo de usar a droga.



Porém, é importante ressaltar que, apesar de a maioria das drogas terem o poder de causar dependência, nem todo usuário é ou se tornará um dependente químico. Um dos equívocos mais frequentes nos debates sobre as drogas é a confusão em relação aos termos “usuário” e “viciado”. É bastante comum trocá-los como se fossem sinônimos, mas nem todo usuário de drogas é viciado. Segundo Araújo (2012, p. 146), a dependência surge com mais ou menos facilidade, dependendo da substância, da pessoa, dos motivos que o levaram a consumir a droga e das circunstâncias e contexto no qual se insere o usuário.

Geralmente a primeira experiência de uma pessoa com alguma droga acontece por curiosidade, por causa da pressão de amigos ou vontade de imitar algum ídolo. Entre os adolescentes, especialmente, como mostra Araújo (2012), o ato pode ser encarado como uma aventura de descobertas, que pode ser representada como uma espécie de ritual de passagem para uma fase em que eles tomam decisões e assumem riscos por conta própria. É uma fase de transição para a vida adulta e de novas experiências, sensível ao apelo emocional de pertencer a um grupo, mas ainda não são completamente capazes de calcular os riscos que, às vezes, essa adesão envolve.

Apesar do fato de o usuário ser dependente químico ou não, ou de qual substância ele faça uso, seja lícita ou ilícita, o consumo de drogas envolve perigos como acidentes, overdose, dezenas de tipos de infecção – no caso de drogas injetáveis, problemas para saúde, dentre outros possíveis danos que podem ser evitados e devem ser, portanto, objeto de atenção das políticas públicas.



2.2. Política de Drogas no Brasil

Coube ao Estado dar uma resposta ao avanço da dependência química e outros problemas resultantes do uso de drogas, que, como vimos, chegou a uma nova dimensão nas sociedades capitalistas. A partir do início do século XX, o Brasil orientou sua iniciativa legislativa alinhando-se às resoluções internacionais lideradas pelas grandes potências econômicas. Em 1961 o Brasil se tornou signatário da Convenção de Viena sobre Drogas, que trouxe a hegemonia internacional do tratamento proibicionista dado à questão das drogas. “De acordo com o Artigo 4º desta convenção, os países signatários têm o dever de cooperar fazendo um controle severo das substâncias mediante uma ação coordenada e universal.” (REGHELIN. 2002, p. 158)

Dentro desse panorama internacional destacam-se os Estados Unidos, que ocupam a liderança das posições mais repressivas e, contrapondo-se à tendência universal, a Holanda, que desde a década de 1970 adotou políticas mais tolerantes de controle de substâncias psicoativas.

No modelo então conhecido como “Guerra às Drogas”, o Brasil optou pelo caminho da repressão, punindo com pena privativa de liberdade tanto o usuário quanto o comerciante da droga. A questão do uso de drogas ilícitas passou a ser abordada no campo da segurança pública, onde não prevalecia o direito à saúde. O uso de drogas era considerado um ato imoral, e os usuários rotulados como pessoas criminosas e doentes, que não teriam a capacidade



de saber o que é melhor para si, gerando um processo de exclusão dos mesmos. (RONZANI et al, 2015).

Até a década de 1970, as penas destinadas a estas pessoas era a privação de liberdade em presídios ou hospitais psiquiátricos, onde o tratamento seguia a perspectiva de punição dos usuários, para que abandonassem o vício (RONZANI et al, 2015). Aliás, até o cinema brasileiro e as telenovelas exploraram esta temática, como no filme Bicho de Sete Cabeças, de Laís Bodanzky, que retrata a história de um jovem que é internado à força pelo pai em um hospital psiquiátrico, ao descobrir que o filho fumava maconha, trazendo consequências danosas para a vida do personagem, piores que o consumo da droga em si.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, após longo período de ditadura militar, esta solução repressiva passou a ser questionada pela noção de que a punição pelo uso de alguma substância da autolesão constitui uma afronta à liberdade individual e ao princípio de que o direito penal não deve se preocupar com condutas que não são nocivas à coletividade.

Atualmente, a política pública brasileira sobre drogas é comandada pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), que foi criada em 1998 e posteriormente transferida para a estrutura do Ministério da Justiça. Assim como o Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD) e a gestão do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD).

A lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas



(SISNAD), é ancorada no proibicionismo e na repressão ao tráfico de drogas, que, para os fins da lei, são todas as substâncias ou produtos capazes de causar dependência, relacionados periodicamente pelo poder executivo da união. Segundo Iversen, “O sistema brasileiro, portanto, é o da norma penal em branco, ou seja, são portarias do Ministério da Saúde que determinam quais substâncias ou produtos são esses.” (IVERSEN, 2012, p. 111). As penas de prisão, associadas a penas pecuniárias, perda de bens e outras medidas restritivas de direitos, são bastante severas para os traficantes.

O resultado dessa política repressiva é visivelmente desastroso, como aponta o autor:

O Brasil, no final de 2011, ultrapassou a marca de meio milhão de presos, situando-se entre os cinco países com maior taxa de encarceramento do mundo. Cerca de quarenta por cento desse contingente não tem ensino fundamental completo, e nada menos que 25 por cento de toda população carcerária é representada por indivíduos com ligações ao tráfico ou condutas similares. E os números aumentam consideravelmente a cada ano. (IVERSEN, 2012, p. 112).

Por outro lado, a referida lei dá um importante passo no sentido da descriminalização do uso de substâncias causadoras de dependência. Apesar de ainda prever tal conduta como crime, ela erradicou em definitivo a prisão para usuários, de modo que quem adquirir, guardar, tiver



em depósito, transportar ou trazer consigo, drogas para consumo pessoal, será submetido somente a advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade ou medida educativa de comparecimento a programa ou curso. A mesma lei estabelece objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, recuperação, reinserção social e redução de danos, visando mitigar os problemas de saúde associados ao uso indevido de drogas, com ênfase para as doenças infecciosas.

Posteriormente, com a aprovação da Lei Federal nº 10.216/2011, que legitimou a reforma psiquiátrica, os usuários de drogas foram aceitos como de responsabilidade da saúde pública, especificamente da saúde mental. Segundo Machado e Boarini (2013):

Essa lei reconhece aos portadores de transtorno mental o direito ao tratamento e à reinserção social, priorizando a rede extra-hospitalar de cuidados. Com a vigência dessa lei, as políticas sobre drogas passaram a priorizar a rede de cuidados extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas – CAPSad –, além de ressaltar os direitos à saúde e à proteção do usuário e do dependente de álcool e de outras drogas. (MACHADO; BOARINI, 2013, p. 7).

Dessa forma, a legislação é dividida entre soluções de tratamento para o usuário, que passa a ser tratado mais como um doente do que como um criminoso, e de punição severa aos indivíduos dedicados à produção e



comércio ilícito de drogas.

No entanto, ainda hoje se observa com frequência nos espaços públicos, de acordo com Veloso et al, “a coexistência de um discurso discriminatório e de estratégias de culpabilização e condenação moral que culminam numa espécie de decretação da ‘morte social’ dos sujeitos que apresentam problemas com drogas” (VELOSO et al, 2004, p. 166).

Isso significa que ainda existe uma forte tendência entre os profissionais de desqualificar os usuários como pessoa mentirosas e desonestas, colocando as drogas como inimigas externas e atribuindo a elas todos os males da sociedade, como aponta o autor:

[...] esse enfoque restritivo de análise que vê a questão das drogas apartada dos processos históricos, culturais e do contexto social de que participam os atores da cena do uso fragmenta, despolitiza a discussão e reforça o discurso policialesco, moralizador e repressivo que é hegemônico nos espaços públicos. Este discurso dá plenos poderes à substância química – a droga – como alvo principal da estratégia belicosa contida na política oficial sobre drogas no Brasil, cuja matriz fundante é a política repressiva norte-americana. (VELOSO et al, 2004, p. 167).

Esta visão moralista sobre os usuários de drogas e a ausência de uma política de saúde efetiva acaba por estigmatizá-los, diminuindo a probabilidade de que eles procurem tratamento nas instituições públicas de saúde,



onde o usuário acaba não encontrando uma identificação positiva que seja capaz de envolvê-lo no tratamento, além de que desconsidera a amplitude do problema.

Vale ressaltar a precariedade dos serviços públicos de saúde nesta área, que se encontram particularmente desparelhados para tratar a dependência química, pois, de acordo com parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil oferece apenas 0,34% dos leitos que seriam necessários para a demanda, que se revela cada dia maior¹.

Essa lacuna na saúde pública favoreceu a expansão das Comunidades Terapêuticas, modalidade de atendimento aos usuários de drogas de cunho religioso, não governamental e privado, que se baseia na retirada do indivíduo do convívio social e na total abstinência de drogas, que levam a baixos índices de uma recuperação de longo prazo. Para Fossi e Guareschi (2015), podemos relacionar esse modelo ao dos manicômios, que se embasavam na compreensão de que a exclusão social do doente mental estava justificada pela necessidade de protegê-lo e para discipliná-lo com regramentos e rotinas estabelecidas nos asilos.

Ou ainda, segundo Foucault, em seu clássico *Vigiar e punir*, o poder disciplinar, com suas práticas disciplinares, tanto das prisões como dos hospícios, ajuda a docilizar e adestrar os corpos, para melhor dominá-los e vigiá-los, exercendo o controle social de quem não se

¹Fonte: Ministério da Saúde, com dados do censo 2010 do IBGE.



enquadra nas regras da convivência. Para Foucault (2005, p.143), “o poder disciplinar é [...] um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior ‘adestrar’: ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor”.

No entanto, esta tentativa de querer a todo custo uma sociedade completamente livre do consumo de drogas jamais funcionou. Como mostra Iversen (2012), a clandestinidade sofisticada da produção, a alta capacidade de infiltração dos grupos criminosos na estrutura do Estado, a inacreditável lucratividade da atividade ilícita, o aumento da demanda nos centros urbanos e o descaso de sucessivos governos frente ao problema torna difícil seu enfrentamento por vias repressivas.

No Brasil, a alta concentração de populações nas periferias das grandes cidades, reunidas em favelas com pouca ou nenhuma atenção por parte do Estado com relação aos direitos básicos desta população, deu origem a um “Estado Paralelo” do tráfico, que exerce também o controle sobre outras atividades econômicas importantes, exigindo a convivência de moradores, vendendo proteção e atuando com violência contra seus opositores.

Com cada vez mais intensidade pessoas questionam a criminalização do uso de drogas e do próprio tráfico, tendo em vista os altíssimos custos envolvidos nesse projeto e levando em conta seus históricos fracassos. Da mesma forma, o argumento de proibir as drogas para garantir o “bem da saúde pública” passou a ser questionado, na medida em que outras drogas de grande potencial lesivo, como o álcool e o tabaco, são lícitas, apesar da importante



contribuição que dão aos gastos públicos na saúde e em outras áreas.

2.3. Origem e princípios da Redução de Danos

Seguindo no caminho contrário do modelo de criminalização das drogas, exposto anteriormente, desconstruindo os discursos totalitários sobre o tema, que colocam os usuários em uma condição de marginalidade, as estratégias de redução de danos se tornam uma alternativa ao proporcionarem uma nova visibilidade à atenção aos usuários de álcool e outras drogas no setor público de saúde, com enfoque mais realista das consequências desse uso.

Estas estratégias baseiam-se na compreensão de que, apesar dos esforços para prevenção e recuperação, muitas pessoas seguem usando drogas, e que muitas delas não conseguem ou não querem parar de usá-las. Desta forma, surge uma demanda para provê-las de opções que minimizem os riscos de continuarem usando drogas e acabarem causando danos a elas próprias ou a terceiros. É fundamental a existência de informações, serviços e outras intervenções de redução de danos para manter os usuários seguros e saudáveis.

A redução de danos trata-se, de acordo com a Associação Internacional de Redução de Danos, de

um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas



psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas, bem como foca em pessoas que seguem usando drogas. (IHRA, 2010).

Ou seja, são estratégias voltadas para a prevenção do consumo abusivo e do uso indevido de drogas, apostando na autonomia dos sujeitos e respeitando a liberdade de decidirem quando parar de usar drogas, se assim desejarem.

No início dos anos de 1980, quando surgiu a AIDS, políticas de redução de danos começaram a ganhar força em países da Europa e na Austrália. Os usuários de drogas injetáveis estavam adoecendo e morrendo não pelo consumo da droga, mas pelo vírus da AIDS e da hepatite, transmitidos pelo uso coletivo de seringas. Como o abandono da droga é um processo longo, que nem sempre é possível ou desejado, o melhor e mais urgente era reduzir as infecções. Isso foi possível distribuindo-se seringas novas entre os usuários, que, apesar de não interromperem o uso, passaram a frequentar postos de saúde e receber tratamento e orientação médica, sendo vistos como cidadãos de direito quando antes eram apenas marginais.

Existem basicamente duas posturas para lidar com o uso e abuso das substâncias psicoativas: a tradicional, ou “guerra às drogas”, e a “redução de danos”. Na abordagem tradicional, como visto anteriormente, os esforços são concentrados na redução da oferta, ou seja, na redução



da disponibilidade das drogas, com a criminalização de sua distribuição e punição aos infratores. Na tentativa de reduzir a demanda, são transmitidas informações pautadas no amedrontamento e apelo moral, seguindo um modelo de aprendizado passivo, bem como o tratamento de dependentes químicos com foco na abstinência.

Por outro lado, na redução de danos busca-se reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautando-se no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas. Apesar de aceitar a abstinência como ideal, seu objetivo não é eliminar o uso de substâncias psicoativas, mas melhorar o bem-estar físico e social dos usuários, minimizando os prejuízos causados pelo uso das substâncias. (MOREIRA et al, 2006).

Ou ainda, como revela Marlatt (1999), a redução de danos baseia-se em uma filosofia pragmática e envolve uma visão de saúde pública dos problemas com drogas no lugar de uma abordagem moralista e dramática. O problema das drogas não pode ser visto como problema de polícia ou da justiça, mas trata-se essencialmente de uma questão de saúde e bem-estar social. O objetivo não é eliminar o comportamento adictivo, mas sim melhorar o bem-estar físico e social dos viciados e ajudá-los a atuar socialmente. Isso pode ser entendido como redução de danos, ou, em termos tradicionais, como prevenção secundária e terciária.

A redução de danos teve origem em vários países da Europa na década de 1970, no auge da emergência de outros movimentos sociais, junto ao movimento



de usuários de serviços de saúde mental, que, como mostra Vasconcelos (2008), vem se organizando há algumas décadas e assumindo um perfil e uma estratégia política que podemos chamar de autonomista ou de auto-empoderamento dos usuários, com a valorização de seu poder contratual nas instituições e nos contatos interpessoais na sociedade.

A Holanda, país europeu que adotou a redução de danos, é referência neste modelo de abordagem da questão social das drogas. Por meio da participação direta dos próprios usuários e dependentes químicos holandeses, foi fundada a Federação Holandesa de Ligas de Dependentes (Junkiebond²), descrita por Marlatt (1999, p.31) como uma espécie de sindicato para usuários de drogas pesadas. Seu principal propósito é zelar pelos interesses dos usuários de drogas, combatendo a deterioração dos mesmos, melhorando suas condições de vida e moradia. A filosofia é a de que o próprio usuário conhece seus problemas e pode atuar no controle social da política de drogas de seu país. Isso levou a Holanda a rever sua política de drogas, implementando um modelo em que o usuário é tratado mais como um desempregado do que como um monstro que ameaça a sociedade. O país também adotou leis que tiveram impacto positivo com relação ao uso da maconha, com a descriminalização do uso e venda controlada, para que os usuários não entrem em contato com traficantes



²Nome derivado da palavra “Junkie”, que é um termo comum para definir viciados em drogas, principalmente a heroína.

que vendem drogas mais pesadas.

Esta é uma posição pragmática, que, segundo o autor, está “[...] voltada para as necessidades dos usuários de drogas, o que não significa o descumprimento da lei, mas ajustar a lei de modo a evitar a estigmatização rotuladora dos usuários e minimizar os danos decorrentes do uso de drogas.” (MARLATT, 1999, p.32).

O autor também aponta o Reino Unido como pioneiro no enfoque da “medicalização”, modalidade de redução de danos no qual dependentes químicos podem receber prescrições médicas de drogas como heroína e cocaína para fins de manutenção, a fim de reduzir os danos de seu uso e ajudá-los a levar uma vida proveitosa. Os dependentes dispõem de uma variedade de serviços, incluindo a troca de seringas, a educação na comunidade, a prescrição de drogas, serviços de aconselhamento, de emprego e de moradia. A decisão sobre o tratamento ou sobre as metas de manutenção da droga para cada paciente são tomadas por membros de uma equipe interdisciplinar, incluindo médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiras e outros terapeutas.

O programa de medicalização no Reino Unido não é dirigido apenas pelo médico que prescreve as receitas. Apesar de que a prescrição é formalmente assinada pelo médico, ele não é reconhecido como líder do grupo e cada membro tem sua importância na decisão em conjunto.

É possível assinalar cinco funções potenciais desta abordagem:



1. A prescrição como meio de aliviar os sintomas da abstinência;
2. A prescrição como isca para atrair os usuários de drogas, encorajando-os a níveis seguintes no processo de tratamento;
3. A prescrição melhora a retenção dos usuários prevenindo que abandonem o tratamento;
4. A prescrição como promotora de mudanças de hábito, aplicada a um programa gradual de redução de danos, onde pequenas metas são gradualmente alcançadas. (MARLAT, 1999, p. 39).

Um dos grandes potenciais da redução de danos está no fato dela estabelecer metas graduais, e não impor a total abstinência, tarefa muitas vezes considerada impossível para os dependentes químicos. Por exemplo, se um usuário estiver consumindo nas ruas uma droga pesada com potência desconhecida, seria um avanço se ele passasse a consumir uma droga prescrita e segura, adquirida legalmente em uma farmácia. Se o mesmo for usuário de drogas injetáveis e fizer uso de seringas descartáveis é outro avanço. Se tiver a vida sexual ativa e começar a usar preservativo, praticando sexo seguro, é mais um avanço. Outro avanço seria se ele aproveitasse os serviços de saúde disponíveis para os dependentes. Seria também uma vitória maravilhosa se ele abandonasse as drogas, embora essa meta final não seja uma exigência. Assim se estabelece uma hierarquia de metas, nas quais as metas mais imediatas e realistas devem ser atingidas primeiro, visando um uso de drogas seguro e livre de



riscos, e, caso seja possível e apropriado, a total abstinência. Esta abordagem gradual estimula os indivíduos com comportamentos excessivos ou de alto risco a “dar um passo de cada vez” para reduzir as consequências prejudiciais de seu comportamento. (MARLAT)

Porém é uma questão difícil tentar aplicar o modelo inglês ou holandês de política de drogas em outros países, especialmente no Brasil, dadas todas as diferenças culturais envolvidas. Vasconcelos (2008) explica que os países europeus onde o modelo foi bem sucedido possuem uma ligação estreita com a cultura nórdica e anglo saxônica, marcada por um forte individualismo associado historicamente ao protestantismo, em contraste com a cultura latina e católica do Brasil. Este movimento na Europa também está fortemente associado com o desenvolvimento de Estados de Bem-Estar social maduros e com ampla cobertura social.

Mas, apesar das diferenças, estas experiências sem dúvida são exemplos relevantes para serem levados em consideração no planejamento, implementação e execução de qualquer política de drogas no mundo. Para isso, é fundamental o protagonismo dos usuários, bem como todos os cidadãos e instituições que de alguma forma interagem com esta problemática.

No Brasil, as estratégias de redução de danos também ganharam espaço em consequência do advento da epidemia da AIDS, sendo que, em 1989, a cidade de Santos liderava o ranking de pessoas infectadas com a doença decorrente do consumo de drogas injetáveis. De



acordo com Machado e Boarini (2013), a iniciativa foi do médico sanitarista David Capistrano, que implementou programas de distribuição de seringas, fato que provocou muita polêmica e resistência sob a alegação de facilitar ou até mesmo incitar o consumo de drogas e gastar indevidamente o dinheiro público, resultando em processo nas esferas criminal e civil.

No entanto, as estratégias de redução de danos foram progressivamente incorporadas à legislação brasileira sobre drogas. Reghelin mostra que “na verdade a prática de saúde pública sempre esteve preocupada com a redução de danos, desde a limpeza do suprimento de água até o rastreamento de doenças infecciosas” (2002). Mas somente nas últimas décadas a política de saúde reconheceu sua histórica omissão em relação à prevenção e à assistência prestada aos usuários de álcool e outras drogas.

Hoje a redução de danos não se limita apenas a troca de seringas, mas abrange terapias de substituição de drogas ilícitas por medicamentos prescritos (heroína por metadona, por exemplo); ações de educação sanitária nos entornos próximos aos locais de consumo; ações orientadas a promover o sexo mais seguro, proporcionando educação sobre sexualidade e prevenção e favorecendo o acesso a preservativos; ações orientadas a promover o trabalho entre pares e a auto-organização dos usuários de drogas, que propiciam o protagonismo dos usuários como agentes de prevenção e pela defesa de seus direitos como cidadãos. Políticas mais abrangentes, como informar sobre riscos



reais do uso de drogas e a descriminalização do usuário, também são consideradas formas de redução de danos.

As abordagens de Redução de Danos também se aplicam a usuários de drogas lícitas como o álcool e o tabaco. Segundo Marlatt (1999), para tabagistas incapazes de abandonar o vício de maneira abrupta e definitiva, existem produtos a disposição, como gomas, cápsulas e aerossóis menos nocivos (que envolvem menos risco de causar câncer) do que o fumo. Da mesma forma os efeitos prejudiciais do consumo excessivo de bebidas alcoólicas podem ser reduzidos com técnicas de moderação. Da mesma forma com relação às metas da educação sexual.

Assim a redução de danos promove acesso a serviços de baixa exigência como alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência. Em vez de estabelecer a abstinência como um pré-requisito para receber o tratamento para dependência, a redução de danos reduz os obstáculos fazendo com que os necessitados tenham mais facilidades de acessar os serviços e se envolverem com os programas. Segundo Marlatt, isso é feito:

[...] estendendo a mão e formando parcerias e cooperações com a população-alvo no desenvolvimento de programas e serviços; reduzindo o estigma associado à busca de ajuda para esses tipos de problemas; e oferecendo um enfoque integrador e normalizado ao uso de substâncias e práticas sexuais de alto risco. (MARLATT, 1999, p. 50).



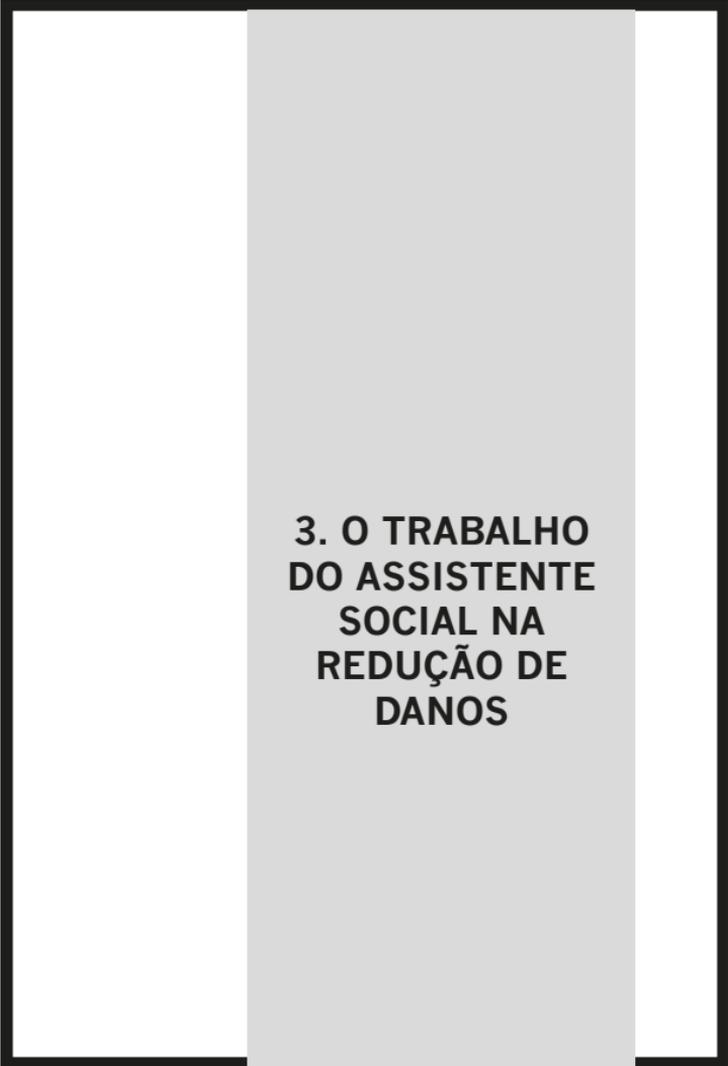
Para isso são estimuladas parcerias e alianças entre os que fornecem os serviços e os que os recebem, por meio do diálogo e da discussão, buscando estabelecer um planejamento mútuo, recolhendo informações sobre a realidade do indivíduo e definindo metas, dentro daquilo que ele se sinta capaz de fazer. Durante esse processo os usuários são aceitos como parceiros capazes de assumir a responsabilidade pela realização dessas mudanças pessoais de comportamento na direção da redução dos riscos.

Outra grande vantagem apresentada por esse modelo está no aspecto financeiro de sua implementação, sendo que a maior parte das ações de redução de danos

[...] são de baixo custo, fáceis de implementar e têm um alto impacto na saúde individual e comunitária. Em um mundo onde nunca haverá recursos suficientes, os benefícios são maiores na escolha de medidas de baixo custo/alto impacto ao invés de alto custo/baixo impacto. (IHRA, 2010).

As estratégias de redução de danos são implementadas na articulação dos diversos pontos da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, nos quais, dentro da equipe de profissionais, atuam os assistentes sociais, cujo trabalho nesta área será o tema abordado a seguir.





**3. O TRABALHO
DO ASSISTENTE
SOCIAL NA
REDUÇÃO DE
DANOS**

Até aqui ficou explícito que as questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas ao longo da transformação da sociedade vêm sofrendo alterações no que diz respeito ao tratamento dos usuários. Na lógica da redução de danos, que tem como proposição intervir em melhorias sociais e de saúde para os usuários de drogas, reconhecendo-os como cidadãos portadores de direitos, tentaremos refletir sobre o papel dos profissionais do serviço social nesta área, possibilitando uma melhor compreensão da sua importância na sociedade e em fomentar a construção da identidade dos usuários de drogas como cidadãos e compreender a importância de que se haja um debate do trabalho profissional do Assistente Social na intervenção dessa realidade concreta.



3.1. As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas

Quando se aborda o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, vem à tona o termo “rede”, que pode ser compreendido como “uma tentativa de organização dos serviços, assumindo que atores sociais e instituições trabalharão de forma articulada, sendo caracterizados como vários nós que constituirão vínculos e consolidarão uma malha de serviços para atendimento da demanda” (RONZANI et al, 2015, p. 41).

As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas agregam vários setores, estreitamente vinculados à Seguridade Social, definida dentro da Constituição Federal de 1988, dentro do capítulo referente a “Ordem Social”. A seguridade representa um dos maiores avanços no que se refere à proteção social e no atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora. Ela é composta pelo tripé das políticas públicas sociais da Saúde, Assistência e Previdência Social, compreendendo um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade com objetivo de garantir o bem-estar e a justiça social. Entende-se que as Políticas de Seguridade Social



[...] são concebidas na ordem capitalista como o resultado de disputas políticas e, nessa arena de conflitos, as políticas sociais, resultantes das lutas e conquistas das classes trabalhadoras, assumem caráter contraditório, podendo incorporar as demandas do trabalho e impor limites, ainda que parciais, à

economia política do capital. Nessa perspectiva, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem do seu trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo. (CFESS, 2010, p. 18).

A base da conformação das redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas são as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Os direitos sociais referentes à saúde e as competências do Estado relativas ao Sistema Único de Saúde (SUS) estão expressos nos textos da Constituição Federal de 1988 e na lei nº 8.080 e 8.142/90. A Carta Magna estabelece que:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Para efetivar esse direito, as RAS aparecem como uma tentativa de dar uma resposta adequada às condições de saúde da população, sendo definida dentro do Sistema Único de Saúde como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).



As RAS fundamentam-se na compreensão da Atenção Primária à Saúde (APS) como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, dentre os quais se encontram os problemas decorrentes da dependência química e do abuso de álcool e outras drogas, e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por exemplo as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros.

A rede de atenção aos usuários de drogas também é abrangida pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pelo Ministério da Saúde com a portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Estão entre suas diretrizes de funcionamento o respeito aos direitos humanos, a garantia da liberdade e autonomia das pessoas, a promoção da equidade, o combate a estigmas e preconceitos e o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos. (BRASIL, 2011).

Na atenção básica, a RAPS é composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), desenvolvendo ações de promoção de saúde, prevenção e cuidado de pessoas com



transtornos mentais e usuários de drogas.

Na Atenção Básica à Saúde há também os Consultórios na Rua, que visam ampliar o acesso à saúde pela população em situação de rua, da qual fazem parte muitos dependentes químicos, aos serviços de saúde de forma integral, trabalhando com estratégias de redução de danos. As equipes de saúde móveis possuem profissionais de várias formações que atuam de forma itinerante nas ruas, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção da rede. As equipes dos Consultórios de Rua são compostas essencialmente por enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, mas também podem contar com agentes sociais, técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnicos em saúde bucal, cirurgiões dentistas, profissionais de educação física e profissionais com formação em Arte e Educação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, site oficial)

Os CAPS fazem parte da Atenção Psicossocial Estratégica, prestando assistência de forma territorializada a pessoas com transtornos mentais, “a partir de projetos terapêuticos individuais e em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.” (RONZANI et al , p. 49). Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) são específicos para o cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) atendem crianças e adolescentes com



transtornos mentais e/ou que fazem uso de álcool e outras drogas.

A RAPS conta com a Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelas Unidades de Acolhimento Adulto (UAA), que oferece acolhimento transitório a pessoas de ambos os sexos, com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Elas funcionam como casas onde as pessoas que estejam em tratamento nos CAPS têm apoio profissional e podem viver por um período determinado. Acolhem até 15 adultos por até 6 meses, apoiando seus moradores na busca de emprego, estudo e outras alternativas de moradia. São espaços abertos de acolhimento sempre voluntário.

As Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil (Uai), realizam o mesmo serviço para crianças e adolescentes de ambos os sexos, de 10 a 18 anos de idade, observando as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Garantem os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social, oferecendo a este público e seus familiares tempo e oportunidade para construir novos projetos de vida.

Também existem serviços de Atenção Hospitalar com leitos ou enfermarias especializadas em hospitais gerais, que tratam casos graves, em especial de abstinências e intoxicações severas que necessitam de desintoxicação. Este trabalho é realizado por meio de internações em regime de curtíssima ou curta permanência, articulado com o projeto terapêutico individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário. A atenção de urgência e emergência é realizada pelo Serviço de Atendimento



Móvel de Urgência (SAMU), nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), nos prontos-socorros e nas UBS quando possível. Estratégias de Desinstitucionalização são promovidas pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e pelo Programa de Volta para Casa, visando garantir aos usuários de drogas o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, promovendo a autonomia e o exercício de cidadania. (BRASIL, 2011).

A complexidade na atenção aos usuários de álcool e outras drogas faz com que o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) tenha grande importância na continuidade do trabalho desenvolvido na rede. A assistência social tem, dentre seus objetivos, a proteção social, que visa a garantia da vida, a redução de danos e a prevenção da incidência de riscos.

Assim como na saúde, a rede socioassistencial é dividida em níveis de complexidade ou de proteção articulados transversalmente. A proteção básica é definida como:

Conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade social e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. (MDS)

A principal porta de entrada da assistência social são os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), compreende a gestão de benefícios, o acompanhamento



sociofamiliar, a atenção às famílias com idosos ou pessoas com deficiência e a atenção com a rede social e demais políticas.

É certo que os determinantes sociais são fundamentais para a prevenção ao abuso de substâncias, a adesão ao tratamento e a reinserção social, sendo papéis da assistência social o fortalecimento das redes sociais dos indivíduos e a sua reconstrução, quando em situações de extrema vulnerabilidade ou exclusão social. Nesse sentido, a proteção social básica atua prioritariamente na promoção da saúde e prevenção de situações de vulnerabilidade e risco social, desenvolvendo potencialidades individuais e fortalecendo vínculos familiares e comunitários.

Dentre os serviços socioassistenciais oferecidos pela atenção básica, destaca-se o Serviço de Proteção e Atenção Integral à Família (PAIF), que realiza o trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover o acesso e usufruto de direitos e contribuir para a melhoria de sua qualidade de vida. Entende-se que é fundamental a participação da família no processo de tratamento da dependência química. A primeira célula elementar social é a família, onde o indivíduo desenvolve habilidades, intelecto, emoções e valores. É a família, também, a primeira a sentir as consequências das mazelas do consumo de drogas.

Já a proteção especial divide-se em média e alta complexidade. A média complexidade é materializada em programas assistenciais, como o Programa de



Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), e nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), que atendem indivíduos e famílias com agravos de vulnerabilidade, perda de vínculos, que estão em situação de violência, em situação de rua, de abandono, ou que também perderam alguns de seus direitos, situações enfrentadas por muitas famílias de usuários de drogas.

Nesse nível de complexidade também foi criado o Centro POP, unidade voltada ao atendimento especializado à população em situação de rua. Nessa unidade são realizados atendimentos individuais e coletivos, oficinas e atividades de convívio e socialização, além de ações que incentivam o protagonismo e a participação social das pessoas em situação de rua. Também pode ofertar o Serviço Especializado e Abordagem Social, que realiza a busca ativa que identifica, nos territórios, a incidência de situações de risco pessoal e social, dentre elas o uso abusivo de álcool e outras drogas, buscando reparar ou minimizar os danos decorrentes da vivência nestas condições;

Para Ronzani et al:

Os serviços e programas da proteção especial de média complexidade podem atuar na prevenção ao uso de drogas e também no atendimento e reinserção social de usuários / dependentes e suas famílias, trabalhando em rede e intersetorialmente no acompanhamento especializado e continuado das famílias e indivíduos. Os CAPS e CAPSad aparecem enquanto parceiros primordiais dos CREAS na atenção aos usuários de drogas e suas famílias,



através do cuidado compartilhado. Especialmente sobre o cuidado à população em situação de rua, os Centros POP atuam na identificação das conjunturas de associação do abuso de álcool e outras drogas, com a situação de rua, trabalhando o cuidado em parceria com os serviços de saúde e restante da rede socioassistencial. (RONZANI et al, 2015, p. 53).

Percebe-se que, em vista da complexidade do fenômeno das drogas, que representa um fator de risco para uma grande variedade de questões individuais e sociais, a atenção aos usuários de álcool e outras drogas não se faz pelo cuidado isolado e individualizado. Nesse sentido é fundamental o trabalho integrado e intersetorial, a partir da articulação da RAS, RAPS, assistência social e também setores estratégicos como a segurança, a educação, esporte e lazer, através de ações preventivas e/ou de cuidado ao usuário, além da inserção da comunidade e de dispositivos comunitários, de modo a complementar e potencializar o alcance e a eficácia da rede.



3.2. A fundamentação do trabalho do assistente social na redução de danos

O trabalho do assistente social na política de redução de danos não pode ser analisado isoladamente, sendo que suas competências profissionais perpassam pelas dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa

e ético-política, incorporadas a um projeto ético-político.

O Serviço Social, como profissão, tem a questão social como fundamento da especialização do seu trabalho. Sendo assim, trabalhar com as particularidades das múltiplas expressões da questão social que se apresentam na sociedade contemporânea é tarefa que se encontra no âmbito do exercício profissional do assistente social. Estas expressões da questão social, que na sociedade contemporânea tem um aumento significativo, tem sua base a produção social, que “é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se amplamente social enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por parte da sociedade” (IAMAMOTO, 2004, p. 27).

Assim, a partir da relação entre capital e trabalho, aprofundam-se as desigualdades sociais, e, em consequência, as expressões da questão social estão em constante crescimento, devido a crises econômicas e políticas. Atualmente a falta de recursos e a elevação dos problemas sociais é uma realidade que pode ser ilustrada através de desemprego, trabalho infantil, favelização, violência, prostituição, dependência química, dentre outros.

O fenômeno do abuso e dependência de drogas pode ser assim entendido como uma das expressões da questão social no cenário contemporâneo, configurando-se com um objeto de intervenção para o assistente social. O assistente social é um profissional que deve desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir



propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes do cotidiano. Ou seja, trata-se de um profissional preparado para desenvolver o trabalho de redução de danos em relação aos usuários de álcool e outras drogas, que demanda um profissional crítico, interventivo, que atenta para o contexto socioeconômico e político bem como para as peculiaridades das comunidades atendidas e as implicações sociais desta nova política.

O enfoque da redução de danos no trato da questão do uso de álcool e outras drogas entende que a supressão da premissa de punição aos usuários pode levar a uma atuação não só mais justa, como mais eficaz por parte dos profissionais que atuam nesta área, dentre eles os assistentes sociais. As atribuições e competências dos profissionais do serviço social dentro da equipe de trabalho, em qualquer espaço sócio-ocupacional que esteja inserido, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pela instituição empregadora.

Dentro dos deveres profissionais, o artigo 3º do código de ética estabelece um item fundamental que alinha o trabalho dos assistentes sociais com as propostas de redução de danos, quando estabelece que o profissional deve “abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua



ocorrência aos órgãos competentes.” (CFESS, 1993). O artigo 6º também reforça esta obrigação, quando determina que é vedado ao assistente social “exercer sua autoridade de maneira a limitar ou cercear o direito do usuário de participar e decidir livremente sobre seus interesses” (CFESS, 1993). Ou seja, o assistente social deve evitar o confronto e respeitar as decisões do usuário, mesmo que estejam contrárias às suas crenças e valores individuais.

O Serviço Social tem aderido cada vez mais às estratégias de redução de danos em detrimento da “guerra às drogas”. O Conjunto CFESS-CRESS, no 41º Encontro Nacional, realizado em setembro de 2012, em Palmas (TO), deliberou, no eixo Ética e Direitos Humanos, a necessidade de ampliar o debate sobre diferentes formas de tratamento para usuários de drogas e reafirmou posicionamento contrário à internação e ao abrigo involuntário e compulsório, reforçando a luta dos movimentos sociais em defesa dos direitos humanos (CFESS, 2012).

Observa-se então que o trabalho do assistente social na redução de danos tende a incorporar os pressupostos éticos e políticos que compõem o projeto profissional do Serviço Social. Os projetos profissionais, na definição de Netto (2006), apresentam a autoimagem de uma profissão, elegendo os valores que a legitimam socialmente, delimitando e priorizando seus objetivos e funções, formulando requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para seu exercício, prescrevendo normas de



comportamento dos profissionais e estabelecendo as bases das suas relações com os usuários e seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas ou públicas. Além disso possuem uma dimensão política intrínseca, tanto no sentido amplo, com relação aos projetos societários, quanto no sentido estrito, no que se refere às perspectivas particulares da profissão.

O projeto ético-político do serviço social se elencou na recusa e na crítica ao conservadorismo profissional, cuja gênese remete à metade da década de 1960, com as propostas do movimento de reconceituação, e ganhou força a partir de 1980 com as lutas democráticas na sociedade brasileira que romperam com a ditadura militar. Destaca-se, dentre essas lutas, o movimento de reforma sanitária, que culminou na universalização do acesso à saúde, na concepção de saúde como direito social e dever do Estado e na reestruturação do setor com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, ao trabalhar com redução de danos, o assistente social assume um compromisso ético-político com as pessoas que apresentam problemas ou vivem em condição de sofrimento pelo abuso de drogas. Isso porque o projeto profissional se coloca contrário a qualquer forma desumanizadora, desrespeitosa, opressora ou discriminadora dos usuários de seus serviços. “Tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade quanto no exercício profissional”. (NETTO, 2006, p. 155).



Isso significa que devem ser abolidas posturas preconceituosas e arbitrárias no que tange o trabalho com usuários de drogas. Então, tais pessoas, em vez de serem tratadas como objetos passivos de cuidados profissionais, devem ser tratadas como protagonistas de suas próprias histórias de vida, tendo sua autonomia e cidadania estimuladas.

Para que o trabalho do assistente social se alinhe com a perspectiva do projeto profissional, é preciso romper com as históricas práticas embasadas na exclusão dos usuários de drogas, através de uma ação consciente e reflexiva:

Assim, aos assistentes sociais que objetivam romper com práticas conservadoras, não cabe reproduzir o processo de trabalho capitalista, alienante. Há que, historicamente, buscarmos romper – através do trabalho e das relações sociais – com as formas capitalistas de pensar e agir para empreender ações que, além de possibilitar acesso a bens e serviços, resulte num processo educativo; resulte num bem e não num produto a ser consumido. Uma ação consciente, que exige a capacidade de antecipar, de projetar; capacidade que não está dada, mas é algo a construir, conquistar. (VASCONCELOS, 2006, p. 243).

Também faz parte do compromisso ético o constante aperfeiçoamento intelectual do assistente social, que tornam-se fundamentais para a análise crítica da realidade que se apresenta, e a proposição de ações



inovadoras que contribuam para mudanças no sentido de reduzir os riscos e prevenir o consumo de drogas, priorizando uma nova relação com os usuários dos serviços oferecidos.

No entanto, o trabalho do assistente social com usuários de drogas ainda requer muitos avanços, pois, de acordo com Veloso e Abreu (2005, p. 14), “Não raro, este resvala do campo das questões sociais para o das práticas de aconselhamento e de orientação das pessoas que apresentam problemas com drogas sob um ponto de vista exclusivamente clínico-terapêutico”. Ou seja, o profissional muitas vezes ainda entende o modelo da abstinência como a única forma de cuidado possível para o dependente químico. Sendo assim, também não é raro que sua ação se volte para a correção dos desvios e para práticas normalizadoras de ajustamento social, moldando os sujeitos em padrões necessários para sua inclusão social.

A ação deve ser no sentido contrário, rompendo com os paradigmas até então estabelecidos de que existe apenas uma forma de enfrentamento desta questão. Com o advento do serviço social crítico, alicerçado no movimento de reconceitualização profissional, foram revistos os conceitos tradicionais da profissão, que consolidou seu projeto ético-político tendo a liberdade como valor ético central, reconhecendo a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais através da consolidação da democracia. Estes princípios estão em harmonia com as políticas de redução de danos que buscam a afirmação



dos direitos dos usuários de drogas, especialmente seu direito à saúde.

3.3. O trabalho do assistente social na redução de danos

Além da dimensão ético-política, o trabalho do assistente social também envolve as dimensões teórico-metodológica, técnico-operacional, sendo que, para materializar as estratégias de redução de danos, “são necessárias as atuações de profissionais técnica e teoricamente preparados para manejar a aplicabilidade destas propostas no âmbito da prática”. (SANTOS; SOUZA, 2015, p. 7).

Dentro da redução de danos emergem três níveis de ação: “trabalhar com indivíduos ou grupos, modificar o ambiente e implementar mudanças na política pública”. (MARLATT, 1999, p. 52). O assistente social pode trabalhar nessas três dimensões, sendo que constituem competências da profissão a elaboração, implementação, execução e avaliação de políticas sociais, bem como encaminhar providências e prestar orientação a indivíduos e grupos a identificar recursos e fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos. (CFESS, 1993).

No trabalho com indivíduos, sozinhos ou em grupos, a educação é a chave para a prevenção e para a minimização dos danos relacionados ao uso de álcool e



outras drogas, bem como para o comportamento sexual de alto risco. Diferente dos programas de prevenção para jovens, que focalizam exclusivamente na abstinência e promovem uma abordagem de “tolerância zero”, de “diga não às drogas”, como, por exemplo, o Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD), os programas de redução de danos “visam acomodar aqueles que já disseram sim (ou que estão inclinados nessa direção) no que se refere a experimentar drogas.” (MARLATT, p. 53).

Os usuários de drogas, que frequentemente se encontram desmoralizados e com uma imagem depreciada e estigmatizada de si mesmos, precisam que sua autoestima seja valorizada, processo que, para Veloso e Abreu, se dá através “de uma ferramenta valiosa, que são as conversas reflexivas, cujo objetivo é contribuir para a desconstrução das inúmeras imagens negativas e dos processos de demonização e criminalização” (VELOSO; ABREU, 2005, p. 15).

Trata-se então de resgatar a cidadania das pessoas que apresentam problemas com álcool e outras drogas, uma vez que esses sujeitos vêm sendo destituídos de seus direitos fundamentais, especialmente quando submetidos a interações em clínicas para o tratamento da dependência química.

Além dessa estigmatização moral, o consumo de drogas pode trazer diversas consequências prejudiciais, podendo afetar a saúde física, psicológica e social, trazer danos ao indivíduo, à família e à comunidade. A avaliação dos problemas causados pelo consumo de álcool e outras



drogas começa no primeiro contato entre a equipe de profissionais e o indivíduo e/ou sua família, buscando identificar os fatores associados ao consumo de drogas pelo indivíduo e obter informações mais precisas possíveis sobre a totalidade do contexto em que ele se insere.

O usuário pode ter procurado espontaneamente ou ter sido encaminhado ao serviço ou instituição pelos pais, amigos, parentes, médico, professor, alguma outra instituição ou serviço. As informações levantadas pelo assistente social ajudarão a determinar a abordagem mais apropriada, bem como mobilizar o apoio necessário na rede, na família ou comunidade.

É importante ressaltar que nem sempre a demanda se apresenta de forma direta, especificamente pela razão do consumo de álcool e outras drogas, sendo que o profissional “deverá estar voltado para essas manifestações indiretas, assim como para indivíduos provenientes de certos grupos conhecidos como grupos de risco para problemas com drogas.” (OMS, 1992, p. 7). Para a Organização Mundial da Saúde, essas manifestações indiretas se observam, por exemplo, em condições médicas reconhecidamente associadas ao consumo de álcool e outras drogas, isto é, pancreatite; doenças do fígado; diarreia recorrente; overdose; sintomas psiquiátricos como ansiedade, depressão, paranoia, alucinações, perda de memória e violência. Também devem ser levados em conta mudanças drásticas de comportamento no trabalho, em casa, uma mudança brusca na personalidade, histórico de faltas frequentes na escola ou no trabalho, dentre outras



manifestações que podem estar associadas ao abuso de álcool e outras drogas.

A família também pode ser seriamente prejudicada pelo uso de drogas ou dependência química por qualquer um de seus membros. Esses prejuízos podem se apresentar de maneira imediata, como uma violência resultante de uma intoxicação, ou em efeitos a longo prazo, como discórdias familiares, separação ou abandono. Ao fazer o contato inicial com a família, é importante para o assistente social agir de forma investigativa, buscando:

[...] estimular os membros da família a contar suas próprias histórias, direcionando-os a recontar incidentes específicos que tenham levado à situação atual. Os membros da família deverão ser encorajados a descrever e discutir o impacto do consumo de drogas na vítima e neles mesmos. Ao mesmo tempo, esse profissional deverá avaliar o grau de estabilidade ou instabilidade que reina na família, para formar uma imagem da habilidade dessa família em lidar com o problema. (OMS, 1992, p. 8).



A intervenção do assistente social, dentro da perspectiva de redução de danos, deve buscar a prevenção para riscos do consumo tanto para usuários eventuais quanto para dependentes químicos. A redução de danos contempla ainda “serviços de orientação e informações sobre saúde; encaminhamentos para serviços de saúde, assistenciais, etc., além de orientações para grupos de usuários específicos, dentre eles estão os grupos de usuários

de álcool, tabaco e crack por exemplo.” (ESPÍNDOLA, 2010, p. 100). Com isso é possível direcionar os trabalhos de forma mais particular.

A Portaria N° 1.028, de 1° de Julho de 2005, do Ministério da Saúde, regula as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Tais ações são dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo. Como medidas de atenção integral à saúde, incluem “ I - informação, educação e aconselhamento; II - assistência social e à saúde; e III - disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIVV/ Aids e Hepatites.” (BRASIL, 2005).

Os assistentes sociais podem participar no planejamento, coordenação, execução e avaliação das ações de educação e aconselhamento, que têm como conteúdo necessário:

- I - informações sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;
- II - desestímulo ao compartilhamento de instrumentos utilizados para consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;
- III - orientação sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda (“overdose”);



IV - prevenção das infecções pelo HIV, hepatites, endocardites e outras patologias de padrão de transmissão similar;

V - orientação para prática do sexo seguro;

VI - divulgação dos serviços públicos e de interesse público, nas áreas de assistência social e de saúde; e

VII - divulgação dos princípios e garantias fundamentais assegurados na Constituição Federal e nas declarações universais de direitos.

§ 2º As ações de informação, educação e aconselhamento devem, necessariamente, ser acompanhadas da distribuição dos insumos destinados a minimizar os riscos decorrentes do consumo de produtos, substâncias e drogas que causem dependência. (BRASIL, 2015).

O trabalho interdisciplinar deve ser adotado ao se desenvolver as ações propostas, sendo a interdisciplinaridade a capacidade do profissional de transitar por outras disciplinas para somar o seu saber específico ao de outros profissionais, para uma intervenção mais eficaz junto ao usuário. Marques e Ramalho (2007) entendem que a ação interdisciplinar proporciona aos profissionais da equipe condições de discutir e opinar em relação ao trabalho desenvolvido, garantindo que não haja sua fragmentação nem atitudes de exclusividade, em que um profissional assume o trabalho só para si, mas que haja um trabalho em conjunto.

Para uma ação mais efetiva, é necessário também a participação política organizada dos assistentes sociais,



junto com outros profissionais, grupos e instituições que realizam trabalhos afins. Como aponta Fávero:

É necessário que o profissional esteja atento à importância do engajamento político das categorias que atuam na área social, para uma participação conjunta com outros segmentos organizados da sociedade, na busca coletiva de ações que alavanquem transformações da realidade. Tal engajamento é necessário para que não se corra o risco de permanecer eternamente proferindo um discurso queixoso, que só faz aumentar angústias e não contribui para o avanço. Ao contrário, desmobiliza, enfraquece a ação profissional e política, além do que faz mal à saúde, física e mental. Como exemplo, pode-se pensar no nível de violência (pessoal e social) com o qual o assistente social toma contato diariamente nos espaços de trabalho que ocupa. Se essa face da realidade não for objeto de análises, críticas e enfrentamentos, de forma organizada e coletiva, pode-se chegar tão somente à comoção, à desmobilização e ao apelo por medidas de controle também violentas. (FÁVERO, 2005, p. 38-39).



Com os avanços da concepção de controle democrático, introduzida na Constituição de 1988, e o início da experiência dos conselhos de políticas públicas e de defesa de direitos no Brasil, abriu-se um novo campo de atuação para os assistentes sociais e ampliou-se a participação política da população. Um importante espaço para o debate sobre a política de drogas é o Conselho

Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), órgão máximo brasileiro que regulamenta e pesquisa o uso de substâncias químicas e determina quais são drogas e quais não são e também a sua classificação. Esse conselho também realiza campanhas de esclarecimento quanto às drogas e projetos de redução de danos. Outros conselhos como o de saúde e assistência social, bem como outros espaços de controle social, mostram-se importantes para fomentar o debate acerca dos direitos e do cuidado aos usuários de drogas.

A luta pela implantação de uma política de redução de danos mais efetiva no Brasil ainda enfrenta grandes desafios, como a resistência política à sua implantação, a pressão de segmentos da sociedade civil que atuam no tratamento da dependência química que são contrários à redução de danos (por exemplo, as comunidades terapêuticas), o pouco debate nas instituições sobre o tema e a baixa cobertura das ações. (SANTOS E SOUSA, 2005).

Ainda existe um vasto campo para estudo na área da redução de danos, que requer mais discussões para sua efetivação, o que vai exigir a constante qualificação dos profissionais, bem como seu envolvimento político, sempre se colocando contrários a qualquer forma de relação desumanizadora e que implique em atitude desrespeitosa, de fragilização, opressão e discriminação da população usuária de seus serviços.



4. CONCLUSÃO

Com o presente trabalho foi possível refletir que o fenômeno do uso de drogas sempre acompanhou a humanidade ao longo de sua história, sendo implausível e até mesmo ingênuo se pensar na construção de uma sociedade totalmente livre de seu consumo. A postura proibicionista, que está tão cimentada no imaginário popular, foi adotada pelo Brasil por forte influência das grandes potências econômicas, em virtude de interesses econômicos, mas nunca conseguiu dar uma resposta efetiva para o problema, que continua a se manifestar em intensidades e contextos diferentes.

O pensamento que admite unicamente a abstinência como forma de tratamento dos usuários de drogas acaba por cercear sua autonomia e liberdade, contribui com a estigmatização e desestimula seu acesso aos serviços públicos de saúde e outras áreas. Além disso, as políticas de criminalização das drogas trazem



como consequência o tráfico, que se alimenta da omissão do Estado sobre as populações mais vulneráveis e traz consigo a violência e outras expressões da questão social que atinge principalmente os segmentos mais pobres da sociedade.

Infelizmente ainda é costume se deparar com discursos que atribuem o uso de drogas como causa da situação de miséria em que vive certa parcela da população, mas que na verdade trata-se de pessoas que não tiveram acesso a saúde, educação, moradia, trabalho, dentre outros direitos básicos que os privaram de sua cidadania, sendo essa situação de miserabilidade um prato cheio para o avanço do consumo de drogas. Ou seja, seu consumo é consequência, expressão da desigualdade social, onde não se cabe o julgamento moral nem o enfrentamento por via da repressão e da “guerras às drogas”, mas com a efetivação dos direitos dos usuários, especialmente na saúde e educação.

Em vista disso, as abordagens de redução de danos mostram-se como uma alternativa libertadora da tendência de decidir e definir pelos outros quais os comportamentos mais adequados e corretos, prática que entendo como cerceadora de direitos e que se contrapõe à teleologia e ao projeto ético político do Serviço Social, que se opõe a abordagens autoritárias. As intervenções dos assistentes sociais, baseadas na redução de danos, buscam construir, junto com o outro, possibilidades de escolha mais autênticas, mais livres e em respeito à cidadania daqueles que decidem fazer uso de qualquer substância



psicoativa.

Nesse sentido, a redução de danos em relação aos usuários de álcool e outras drogas são estratégias mais abrangentes, mais inclusivas, de menor exigência e custo, mas que geram um impacto maior no tratamento dos problemas oriundos do consumo de qualquer tipo de droga, focando nos riscos e danos que os usuários se expõem e não no julgamento moral de sua conduta. Afinal, o consumo de drogas é uma atitude que diz respeito à intimidade e privacidade de cada um, sendo, portanto, uma escolha individual que não pode ser objeto de preconceito por parte dos profissionais que trabalham no cuidado a essas pessoas.

Então vale destacar a importância da adoção de estratégias de redução de danos, sobretudo aos danos causados pelo uso abusivo de drogas, visto que esta perspectiva valoriza a educação para a autonomia e aposta na capacidade de reflexão e ação transformadora dos sujeitos. É nesse sentido que o Serviço Social cumprirá seu dever ético de empenho na eliminação de toda forma de preconceito, contribuindo com o resgate da cidadania e para a desconstrução do estigma negativo em torno das pessoas que apresentam problemas com droga.

Os assistentes sociais que trabalham com a redução de danos devem, com vigor, assumir o compromisso com o projeto ético-político do serviço social na garantia de serviços de qualidade que atendam às necessidades e os direitos das pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de drogas. Para isso é preciso um profissional crítico,



que não se coloque como dono da verdade, mas que esteja constantemente revisando seus paradigmas e buscando se capacitar em todas as dimensões que envolvem o trabalho do assistente social. Tais profissionais devem constantemente se questionar, buscar o aprimoramento intelectual e a capacitação profissional, remodelar suas práticas no sentido de construir uma sociedade mais justa e igualitária para todos.

O modelo de redução de danos ainda enfrenta muita resistência por parte de vários setores da sociedade que são contrários e acreditam que este modelo incentiva o uso de drogas. Mas, pelo contrário, o trabalho com redução de danos apenas educa os usuários para que, caso se deparem com uma situação de risco, saibam como se cuidar e se prevenir, podendo manter uma vida mais saudável e proveitosa. Para dar mais viabilidade para a implantação de programas de redução de danos com usuários de álcool e outras drogas, ou para fortalecer já existentes, é fundamental a articulação dos assistentes sociais com outros profissionais e instituições que compartilham da mesma perspectiva, bem como incentivo a uma participação mais ativa nos espaços de controle social e debate sobre a questão.

Ainda foi possível constatar, com a pesquisa, a escassez de referenciais bibliográficos na área do Serviço Social que abordem diretamente o trabalho do assistente social na redução de danos. Isso revelou a necessidade desta categoria profissional dar maior visibilidade a esta temática, tão pertinente na atualidade, realizar mais



pesquisas a fim de situar com mais exatidão o fazer profissional do assistente social na redução de danos, que se compromete com a consolidação do Estado democrático de direito, universalização das políticas públicas, entendendo que sua atuação vem ampliando-se para todos os espaços onde a questão social repercute, sendo necessário o constante aprimoramento do seu trabalho profissional.



REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Tarso. **Almanaque das drogas**. São Paulo: Leya, 2012.

BERGERET, J. LEBLANC, J. **Toxicomanias**: uma visão multidisciplinar. Tradução de Maria Pereira Baptista. Artes Médicas: Porto Alegre, 1991.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.028, de 1º de Julho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.



CARLINI, E. A. *et al.* **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005** - São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CFESS. **Código de Ética Profissional do Assistente Social.** Brasília: CFESS, 1993.

_____. **Relatório final 41º encontro nacional CFESS-CRESS: No mundo de desigualdade, toda violação de direitos é violência.** Palmas: 2012.

_____. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Brasília: 2010.

ESPÍNDOLA, Luciana Ferreira Gomes. **Redução de danos: uma análise da prática profissional das assistentes sociais nos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas - CAPs-AD.** Pernambuco: UFPE, 2010.



FÁVERO, Eunice Terezinha. **O estudo social: fundamentos e particularidades de sua construção na área judiciária.** IN: CFESS. **O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos: Contribuição ao debate no judiciário, penitenciário e na previdência social.** São Paulo: Cortez, 2005.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Vol. 15, n. 1. Rio de Janeiro abr. 2015.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 2005.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

IHRA - ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE REDUÇÃO DE DANOS. O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos. Londres, Grã Bretanha, 2010.

IVERSEN, L. **Drogas**. Tradução de Flávia Souto Maior. Porto Alegre: L&PM, 2012.

LARANJEIRA, R; PINSKY, I; ZALESKI, M; CAETANO, R. I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

MACHADO, Leticia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia, ciência e profissão**. vol. 33, n. 3. Brasília: 2013.



MARLATT, G. A. **Redução de Danos**: estratégias práticas para lidar com comportamento de alto risco. Tradução de Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MARQUES, Maria Therezinha Corrêa; RAMALHO, Marilena Pinto. Os movimentos ecológicos e a interdisciplinaridade. IN: **Serviço social e interdisciplinaridade**: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. São Paulo: Cortez, 2007.

MOREIRA, F. G. *et al.* **Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Set 2006, vol.11, n.3, p.807-816.

NETTO; José Paulo. A construção do projeto ético-político do serviço social. IN: MOTA, A. E. *et al.* **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.



OMS - Organização Mundial da Saúde. **Reagindo aos Problemas das Drogas e do Álcool na Comunidade**. São Paulo: Editora Santos, 1992.

94

PRADO, S. L. G. Perspectiva da economia. In: BERGERET, J. LEBLANC, J. **Toxicomanias**: uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

REGHELIN, Elisangela Melo. **Redução de danos**: prevenção ou estímulo ao uso indevido de drogas injetáveis. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

RONZANI *et al.* **Redes de atenção aos usuários de drogas:** políticas e práticas. São Paulo: Cortez, 2015.

SANTOS, Dijane da Silva; SOUZA, Ingrid Almeida de. **O assistente social na política de redução de danos:** a busca da efetivação de direitos. VII Jornada internacional de Políticas Públicas. SÃO LUÍS: UFMA, 2015.

SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier de; GORGULHO, Mônica. **Dependência:** compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço social e práticas democráticas na saúde. IN: MOTA, A. E. *et al.* **Serviço social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e serviço social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 200.

VELOSO, Lais Helena. Pinto; ABREU, Renata Pacheco. A Questão Social das Drogas e Práticas do Serviço Social (Uma Proposta de Afirmação de Direitos e Cidadania). **Cadernos do CES** (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, v. 16, p. 79-95, 2005.



Quem é o autor Fabiano de Almeida Pereira?



Em 2012, prestes a me formar em Ciências da Computação, abandonei o curso e não sabia muito bem o que fazer da vida. Resolvi então prestar vestibular para Serviço Social na PUC / Minas de Uberlândia. Foi lá, entre uma aula e outra, quando meus professores começaram a tratar o tema das graves expressões da questão social que acometem o Brasil, bem como nas enriquecedoras experiências de estágio na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia-MG e nas Creches Comunitárias Associadas



de Uberlândia (CCAU), que percebi que esta é a profissão que queria seguir. Foi assim que, em 2017 , apresentei meu TCC sobre o tema da redução de danos e me formei em Serviço Social. Atualmente sou Assistente Social Residente na área da Saúde Mental, na Universidade Federal de Uberlândia - UFU. Sigo pesquisando o tema da redução de danos em relação aos usuários de álcool e outras drogas.





"Esse é um texto que merece ser estudado, por sua densidade teórica e por sua atualidade na sociedade, por conseguinte presente nos espaços de intervenção profissional do assistente social. Acadêmicos, profissionais do Serviço Social e outros profissionais da área, tem agora, mais uma rica contribuição para seus estudos e para o embasamento do seu trabalho profissional"

***Trecho da apresentação do
Prof. Dr. Pedro Alves Fernandes***

ISBN: 978-85-67803-87-6



9 788567 803876