



UPDATING ARTICLE

REFLECTIONS ABOUT THE PROGRAMS OF HARM REDUCTION

REFLEXÕES ACERCA DE PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE DANOS

REFLEXIONES SOBRE LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO

Maria de Fátima Oliveira dos Santos¹, Isabelle Pimentel Gomes², Alana Tamar Oliveira Sousa³, Rosa Camila Gomes Paiva⁴, Jael Rúbia Figueiredo de Sá França⁵

ABSTRACT

Objective: to bring reflections about the programs of harm reduction and the human dignity. **Method:** this article consists in a narrative revision of literature, having as data base the electronic sources Scientific Eletronic Library Online - SciELO, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, Base de Dados de Enfermagem - BDEF and MEDLINE, in the period of 1997 to 2009, using the following descriptors: Illicit Drugs, Disorders Related to the Use of Substances, Harm Reduction, Public Policies, which were intersected with each other, being discussed the essence of each article. **Results:** two central themes were categorized in accordance to the approached content, namely: the policy of harm reduction and the human dignity in the policies of harm reduction. **Conclusion:** The study brought reflections about the programs of harm reduction and the human dignity with the intention of arousing in the various professionals that compose the health team the importance of discussing strategies, together with other sectors of society, that enable the implementation of efficient programs for people addicted to illicit drugs. **Descriptors:** street drugs; substance-related disorders; harm reduction; public policies.

RESUMO

Objetivo: trazer reflexões acerca dos programas de redução de danos e a dignidade humana. **Método:** esse artigo consiste em revisão narrativa da literatura, tendo como bases de dados as fontes eletrônicas Scientific Eletronic Library Online - SciELO, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, Base de Dados de Enfermagem - BDEF e MEDLINE, no período de 1997 a 2009, utilizando os seguintes descritores: Drogas Ilícitas, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Redução do Dano, Políticas Públicas, os quais foram cruzados entre si, sendo discutida a essência de cada artigo. **Resultados:** foram categorizados dois temas centrais de acordo com os conteúdos abordados, a saber: política de redução de dano e dignidade humana nas políticas de redução de danos. **Conclusão:** o estudo trouxe reflexões acerca dos programas de redução de danos e dignidade humana com a intenção de despertar nos diversos profissionais que compõem a equipe de saúde a importância de se discutir estratégias junto a outros setores da sociedade, que possibilitem a implantação de programas eficientes ao dependente de drogas ilícitas. **Descritores:** drogas ilícitas; transtornos relacionados ao uso de substâncias; redução do dano; políticas públicas.

RESUMEM

Objetivo: llevar pensamientos acerca de los programas de reducción de daños y de la dignidad humana. **Métodos:** Este artículo consta de revisión narrativa, con las bases de datos de recursos electrónicos Scientific Electronic Library Online - SciELO, la región de América Latina y del Caribe de Ciencias de la Salud - Ciencia, Base de Datos de Enfermería - NLM y, 1997 a 2009, utilizando las siguientes palabras clave: Drogas, Trastornos Relacionados con Sustancias, reducción de daños, Políticas Públicas, que se cruzaban unos con otros, discutiendo la esencia de cada artículo. **Resultados:** se clasifican dos temas centrales de conformidad con los temas tratados, a saber: política de reducción de daños y dignidad humana en las políticas de reducción de daños. **Conclusión:** el estudio aportó reflexiones sobre los programas de reducción del daño y la dignidad humana con la intención de despertar a los diferentes profesionales que conforman el equipo de salud la importancia de discutir estrategias con otros sectores de la sociedad, que permitan la aplicación de programas eficientes a los dependientes de las drogas ilícitas. **Descritores:** drogas ilícitas; trastornos relacionados con sustancias; reducción del daño; políticas públicas.

¹Médica. Especialista em Medicina do Trabalho. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Discente do curso de medicina, disciplina Bioética da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE). João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: fatimadeosantos@hotmail.com;

²Enfermeira. Especialista em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer - INCA. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Enfermeira da Clínica Pediátrica do HULW. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: enfisabelle@yahoo.com.br;

³Enfermeira Graduada pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela UFPB. Bolsista do CNPq. E-mail: alanatamar@gmail.com;

⁴Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Cardiorespiratória pelo Centro Universitário de João Pessoa - PB. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB. E-mail: rosac12@hotmail.com;

⁵Enfermeira. Especialista em Educação Multiprofissional na Área da Saúde. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Bolsista da CAPES. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: jaelrubia@gmail.com

INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS),¹ cerca de 200 milhões de pessoas usam drogas ilícitas em todo o mundo, o que representa 4,8% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos e a dependência química chega a atingir 26 milhões de pessoas. Essas estatísticas refletem que as ações de políticas públicas não podem estar direcionadas apenas para conter a disseminação de drogas, mas também para a assistência de dependentes necessitados de ações urgentes, viabilizando a redução dos danos decorrentes da dependência química, também em escala mundial.

A redução de danos consiste em conjunto de políticas e ações em saúde, que se propõem reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica acarretados pelo uso de drogas, pautados no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas como escolha individual. Ademais, é uma estratégia que não exige abstinência e visa mudar a cultura dos grupos em relação à sua saúde e condições de vida.²⁻³

As primeiras intervenções registradas no plano da saúde coletiva, adotadas dentro da perspectiva de redução de danos, datam de 1926, na Inglaterra, onde foram prescritos opiáceos a pessoas dependentes por profissionais da saúde, visando possibilitar ao usuário dessa droga vida mais estável e útil à sociedade.⁴

Antes, porém, de se tornar um conceito e uma estratégia científica, a redução de danos deu-se enquanto movimento político, por volta dos anos 70, na Holanda, haja vista a estruturação de uma política nacional tolerante às drogas. Especificamente no ano de 1972, foi publicado um documento pelo Comitê de Narcóticos, concluindo que os princípios básicos de uma política de drogas deveriam ser convergentes com a extensão de riscos envolvidos no seu uso. Tal idéia colaborava para a aplicação de intervenções com o objetivo na redução de danos. Em 1976, houve revisão da “Lei Holandesa do Ópio”, que passou a diferenciar o tratamento a ser dado às drogas com “risco inaceitável” (como heroína, cocaína, anfetaminas e dietilamida do ácido lisérgico - LSD) daquelas que oferecia riscos mais baixos, como a maconha e o haxixe.⁴ Os holandeses consideram que os consumidores de maconha sejam menos prejudicados pelo uso da droga, em si, do que pelos procedimentos criminais associados ao seu consumo. Tal política reflete um princípio implícito: seu objetivo não é erradicação do uso da droga ilícita, mas

a minimização desse dano. Esse princípio é comumente definido como redução da demanda por meio da integração social dos usuários de drogas.⁵

Concomitantemente a esse processo de desenvolvimento e implementação de uma política holandesa tolerante às drogas, no início dos anos 80, nesse mesmo país, um grupo de usuários, preocupados com o aumento do número de casos de hepatite, e com a possibilidade de limitação no acesso a agulhas e seringas, organizou-se, no sentido de obter, por meio da troca de seringas usadas, equipamentos estéreis para o uso das drogas de forma mais segura. A partir de então, por meio da auto-organização dessas pessoas, numa espécie de sindicato para usuários de drogas pesadas, chamado *Junkiebond*, foi impulsionada uma geração de novas organizações locais desses usuários, de drogas culminando na viabilização de propostas para redução de danos em conjunto com o estado holandês.⁴

Enquanto isso, em Liverpool - Inglaterra - as estratégias de redução de danos, como prática de saúde pública instituída, encontravam sustentação. A partir de 1985, os dependentes passaram a dispor de grande variedade de serviços, incluindo troca de seringas e de educação em sua comunidade, prescrição de drogas como heroína e cocaína, serviços de aconselhamento, emprego e moradia, além do tratamento para a dependência, incluindo internação com ênfase na desintoxicação. Vale assinalar que somente cerca de 10% dos usuários se interessaram pelo tratamento o qual tinha como meta livrar os mesmos do uso das drogas.⁴

A redução de riscos ou danos é um movimento internacional que se expandiu em resposta à crescente propagação da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS, na década de 80.⁴

No Brasil, a implantação da política de redução de danos deu-se há dezessete anos, quando surgiram as primeiras iniciativas em São Paulo, cuja continuidade foi impedida por conta de uma interdição judicial. A implantação oficial da política em Salvador, Bahia, ocorreu no ano de 1995; em 1997, iniciou-se em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, um projeto pela institucionalização e pelo financiamento da redução de riscos na política municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).³

Assim, surgiu a Política de Redução de Danos como forma de auxílio, cujo principal 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. Dentro deste contexto, este estudo teve como objetivo trazer reflexões acerca dos programas de redução de danos e a dignidade humana.

MÉTODO

Esse artigo consiste em revisão narrativa da literatura. Como fontes de busca foram selecionadas as bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online - SciELO, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, Base de Dados de Enfermagem - BDNF e MEDLINE, no período de 1997 a 2009, utilizando os seguintes descritores: Drogas Ilícitas, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Redução do Dano, Políticas Públicas, os quais foram cruzados entre si.

Após a identificação 242 referências, foi realizada uma leitura flutuante para seleção dos artigos que ofereciam subsídios para análise. Desse modo, teve-se como amostra 08 publicações, com leitura integral dos estudos, sendo discutindo-se a essência de cada uma. Os artigos selecionados encontravam-se escritos nas línguas portuguesas ou inglesas.

Durante a análise dos artigos percebeu-se o surgimento de dois temas centrais, categorizados de acordo com os conteúdos abordados, a saber: política de redução de dano e dignidade humana nas políticas de redução de dano.

RESULTADOS

● Política de redução de dano

No princípio, as políticas de redução de dano estavam voltadas para a prevenção de doenças de transmissão sanguínea entre usuários de drogas injetáveis e, pela natureza de seus propósitos, chegaram a ser identificadas apenas como prática de trocas de seringas. Contudo, progressivamente, foram se convertendo à sua essência: o respeito aos usuários de drogas, reconhecer diferentes relações de consumo de drogas, uma vez que há disposição para se escutar quem permanece envolvido com as drogas e propor diálogo com outras instâncias, permeando-as.⁶

O objetivo maior dessa política é evitar que as pessoas se envolvam com o uso de substâncias psicoativas. Se não for possível, como é o caso daquelas que já se tornaram dependentes, buscam-se oferecer os melhores meios para que possam rever a relação de dependência, orientando-as tanto para um uso menos prejudicial, quanto para a abstinência,

conforme o que se estabelece a cada momento para cada usuário.⁷

A redução de dano pode ser sintetizada em cinco princípios, a saber: 1) é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral, criminal e de doença; 2) reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos; 3) é baseada na defesa do dependente; 4) promove acesso a serviços de baixa exigência, ou seja, serviços que acolhem usuários de forma mais tolerante, como alternativa para as abordagens tradicionais de alta exigência, aquelas que, tipicamente, exigem a abstinência total como pré-requisito para a aceitação ou permanência do usuário; 5) baseia-se nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista. Sob a ótica desses princípios, reconhece-se que não se compreende o uso ou não de drogas ilícitas como objeto de juízo de valor, ou de uma moral socialmente constituída, mas como um problema que existe e que precisa ser abordado de formas diversas com pessoas diversas.⁸

Diante dessa nova perspectiva, é possível perceber que o ser humano, antes objeto de intervenção e prática eminentemente clínica, em um movimento irreversível, ganha novos contornos, com dimensão do sujeito incluído em contextos sociais, econômicos, físicos, políticos e culturais. Sem essa visão, torna-se inimaginável prevenir e promover a saúde de uma comunidade ou de uma pessoa. Por essa razão, é notória a ampliação de responsabilidade do Estado, no sentido de propiciar condições necessárias para o alcance de um padrão de vida mais digno e, portanto, mais saudável à população.⁹

Um aspecto importante a se observar é que, no contexto da redução de dano, nas políticas e nos programas vinculados à saúde, é a diferenciação entre os conceitos de promoção e prevenção de saúde, em que a primeira tem definição bem mais ampla do que a segunda, por se referir as medidas orientadas para o aumento da saúde e do bem-estar geral, e não apenas para evitar determinada doença.²

Tradicionalmente, a educação em saúde mantinha o foco na transmissão de informações ou no desenvolvimento de habilidades que ajudassem os indivíduos a fazerem escolhas saudáveis com relação ao seu estilo de vida e suas atitudes diante do mesmo. Porém, essa estratégia se mostrou falha em sua meta na mudança de comportamento dos indivíduos, o que levou a OMS mudar seu foco do comportamento de indivíduos em direção ao desenvolvimento de

ambientes saudáveis. Essa mudança resultou no conceito de promoção de saúde, que visa intervenções a partir da participação ativa da comunidade, e não, apenas pela imposição dos profissionais da saúde. Para tanto, são preconizados cinco campos de ação: 1) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2) reforço da ação comunitária; 3) desenvolvimento de habilidades pessoais; 4) reorientação do sistema de saúde; 5) criação de ambientes favoráveis à saúde.²

Esses conceitos se opõem à idéia, bastante difundida, de ações baseadas na correção de comportamentos individuais, que, na concepção de prevenção, seriam os principais, senão os únicos responsáveis pela saúde. A idéia de promoção compreende a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva de lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais e reforço da ação comunitária. Assim, o conceito de promoção foca na saúde os seus aspectos sociais e econômicos, e quando se trata do consumo de drogas, não necessariamente visa reduzi-lo, uma vez que, por ser um conceito e uma abordagem empáticos, busca auxiliar o usuário por meio de uma relação humanitária e cuidar das consequências dos seus comportamentos, sem jamais rotulá-lo.⁷

Inclusive, um estudo desenvolvido na Austrália mostrou que até nas escolas católicas que outrora utilizavam a abordagem "tolerância zero", mais recentemente, houve uma crescente conscientização de que é possível atender às necessidades dos alunos consumidores de droga respeitando os outros estudantes. Assim, a política de redução de danos passou a ser aceita como um objetivo sério para a prática da política antidrogas em escolas católicas australianas.¹⁰

• Dignidade humana nas políticas de redução de danos

Atribui-se ao estoicismo (sistema filosófico, que aconselha a indiferença e o desprezo pelos males físicos e morais, rigidez de princípios morais e austeridade) e ao cristianismo os primeiros registros do tema dignidade humana. Segundo os estóicos, a dignidade seria uma qualidade que, sendo inerente ao ser humano, distingui-lo-ia dos demais. Com o advento do Cristianismo, a idéia ganhou grande reforço, pois, visto ser esse ser, na concepção cristã, criado à imagem e semelhança de Deus, o qual portanto seria considerado divino.¹¹

No decorrer da evolução do conceito, é possível afirmar que a dignidade adquiriu

quatro sentidos gerais: 1. um social, que confere dignidade a alguém, em função da posição que ocupa socialmente; 2. um moral, sendo a dignidade fruto de méritos pessoais e sinônimo do valor moral de uma pessoa; 3. um estado pessoal, em que a dignidade é relativa não mais a atitude moral, mas ao estado físico ou psicológico que representa um ideal de ser humano na sociedade. 4. um atributo essencial do humano. Este último sentido é fruto do desenvolvimento desse conceito ao longo do tempo, e se refere ao direito e respeito que todo ser humano tem em razão de sua condição humana, tornando os conceitos de dignidade e humanidade intimamente vinculados.¹¹

A condição de ser humano suscita o conceito de dignidade quando se trata da pessoa, do corpo humano e mesmo do cadáver ou do próprio embrião, o que a caracteriza como atributo, qualidade própria do ser humano e seus derivados. O mesmo conceito revela também, no plano da ética, respeito, que implica reconhecimento do outro como idêntico a si e portador de dignidade humana.¹¹

Na mesma direção e já introduzindo a contribuição dos Direitos Humanos o conceito de dignidade humana, atrelado ao de Direitos Humanos, preconiza que todo ser humano merece ter reconhecido, em qualquer instância da sociedade à qual pertença, sua condição de ser humano, merecendo atenção e respeito às suas necessidades como tal.¹²

Nesse sentido, a proposta de humanização dos serviços de assistência à saúde se baseia nos ideais de dignidade humana e tem sido motivo de grande preocupação por parte das organizações nacionais e internacionais da saúde, constatado por meio da apreciação dos documentos e das discussões vigentes nesse setor, as quais se intensificaram, principalmente, após a culminância de nova forma de pensar o processo saúde-doença.⁹

Durante muito tempo, a forma predominante de se conceber o termo saúde tinha como base o modelo biomédico, que considerava a saúde simplesmente enquanto ausência de doenças. A partir desse paradigma, a elaboração do conhecimento, no ramo da biologia, da fisiologia e das demais áreas da clínica e da pesquisa médica, alcançou grande progresso, gerando modelos de assistência em saúde fragmentadores em sua visão de homem. Nos dias atuais, diante das reformas sanitárias empreendidas mundialmente, busca-se compreensão do ser humano que se pautar, não exclusivamente na visão do mesmo enquanto divino, nem na perspectiva desse ser enquanto máquina, mas

sim, que se foque na consolidação de ações em saúde, que respeitem os direitos socialmente constituídos e a dignidade humana.⁹

Nesse sentido, é importante ressaltar que, no campo clínico das toxicomanias, apesar de existir na atualidade variada ofertas de tratamentos, a maioria deles costuma partir do princípio da abstinência, representado, principalmente, pelas fazendas de recuperação, que se caracterizam pelo uso de modelos tradicionais de prevenção e tratamento das toxicomanias, tornando suas propostas ineficientes na maioria dos casos. Portanto, observa-se que, mesmo sendo um fenômeno presente em larga escala nos dias atuais, a toxicomania ainda necessita de soluções que tenham caráter mais efetivo.⁴

Uma nova forma de abordagem e de tratamento da toxicomania deve consistir na construção de um modelo de tratamento que reconheça os usuários de drogas como sujeitos particulares e como cidadãos que têm direito à saúde, respeito à sua condição humana - que vem a ser a dignidade, tratamento que seja realmente efetivo e produtor de sentido. Uma alternativa atual são as políticas e os programas de redução de danos que, ao introduzir a dimensão da particularidade do sujeito no tratamento, e não, partir da égide da abstinência, dá novo rumo à questão e aos impasses advindos da atual forma de se trabalhar.⁴

A redução de danos atendendo aos direitos humanos e dignidade, inclui também a visão dos prejuízos além dos provocados especificamente pelas drogas, mas o contexto social, a pobreza e violência. Não obstante, identifica-se que as pessoas em situação de rua que experimentam o uso de drogas enfrentam muitas dificuldades de acesso aos serviços de saúde. A morbi-mortalidade provocada pelas drogas nessa população é maior que entre aqueles com melhores condições sociais. A incorporação de uma filosofia de redução de danos na saúde tem o potencial de mudar o contexto moral da prestação de cuidados e melhorar o acesso aos serviços de saúde.¹³

DISCUSSÃO

Os autores assinalam que os resultados das políticas têm despertado entendimento ainda mais abrangente do que a redução de danos, dando origem a uma noção ampliada, que busca a interface com os diversos setores (judicial, educacional, saúde, entre outros), por meio da lógica que pode ser aplicada nas

diferentes demandas sociais, e não, apenas, no âmbito da saúde.

O conceito de redução de danos parte do princípio de que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado, visto que, quando se trata de cuidar de vidas humanas, é necessário lidar com as singularidades e com as diferentes possibilidades e escolhas que podem ser feitas pelos indivíduos. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta a diversidade e acolher sem julgamento. É fundamental reconhecer cada usuário em sua individualidade, particularidade e traçar com o mesmo estratégias voltadas não para a abstinência como um fim mas para a defesa de sua vida.

Nessa perspectiva, a redução de danos apresenta-se como um método que não exclui outros. Entretanto, está direcionado ao tratamento, que significa, aqui, aumentar o grau de liberdade e corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica também o estabelecimento de vínculos com os profissionais, responsáveis pelos caminhos construídos na vida do usuário e naquelas a que ele se ligam.⁷

Apesar de todas as divergências que surgiram e que ainda existem na discussão sobre a questão das drogas e sobre as propostas dos programas de redução de danos, existe consenso entre profissionais, constatável em nível mundial, quanto à carência de estruturas terapêuticas de atendimento e acolhimento. Esse consenso aponta para a necessidade de se priorizar, política e financeiramente, as intervenções idealizadas, quão polêmicas que sejam, para que a resposta sobre sua pertinência e eficiência possa ser procurada por meio da experimentação responsável de profissionais engajados.

No Brasil, é possível afirmar que a política de redução de danos enfrenta diversas limitações, apesar da quantidade de programas e ações financiadas vir crescendo atualmente. As dificuldades tangem, principalmente, à sua sustentabilidade política, carência de técnicos e gestores capacitados, além da falta de financiamento.¹⁴ O cenário atual brasileiro deixa muito a desejar. Encontram-se ações difusas, fragmentadas, com poucas equipes de acompanhamento e funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas - CAPS AD.

Uma revisão sistemática de artigos sobre o ensino da enfermagem psiquiátrica no Brasil revelou que houve avanços em algumas instituições brasileiras na tentativa de

despertar nos estudantes, a importância da ressocialização do paciente psiquiátrico que tem doença mental o qual é estigmatizado pela sociedade.¹⁵ Contudo, não foi citado o ensino em CAPS AD, que são direcionados aos dependentes químicos, resultando em formação insuficiente e, conseqüentemente, dificuldade de encontrar profissionais com essa capacitação e responsabilidade social.

Nos CAPS AD, os programas são compostos por variadas ações desenvolvidas nas comunidades por agentes comunitários especiais, chamados “redutores de danos”. Suas atividades são frutos de anos dessas mudanças sucessivas, com base na experiência prática, de novas necessidades em função das modificações no cenário de uso/abuso de drogas e da avaliação de e monitoramento do trabalho dos programas de redução de danos em todo o mundo.

O usuário com dependência química requer atenção especializada. Por traz deste usuário há uma rede de violência e prostituição, resultado do contrabando de armas, drogas e lavagem de dinheiro. O dependente é mais vítima desse processo, fazendo parte dessa relação sem perceber que é usado para manter o mundo do crime. A falta de controle sobre o próprio corpo torna o dependente perigoso para família, população e para si mesmo.

Nesse sentido, conforme acrescenta o relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), o Brasil e outros países que têm encontrado dificuldade em lidar com esta problemática, deve trabalhar mais na prevenção e oferecer serviços a quem busca tratamento, a exemplo da Suécia, gastando 30% a mais, tendo assim, 30% a menos de usuários de drogas que a média européia.¹

Diante desta realidade torna-se importante trocas de informações entre os locais que executam os programas de redução de danos para incentivar reflexões que levem a emergir estratégias coletivas para minimizar, ou mesmo solucionar os problemas, tornando as políticas mais consistentes e resolutivas.

CONCLUSÃO

O estudo trouxe reflexões acerca dos programas de redução de danos e dignidade humana com a intenção de despertar nos diversos profissionais que compõem a equipe de saúde, a importância de se discutir estratégias junto a outros setores da sociedade, possibilitando a implantação de programas eficientes ao dependente de drogas. Percebe-se a cada dia o aumento do número de pessoas que se tornam

dependentes as quais precisam ser tratadas com dignidade, vistas como seres humanos que necessitam de ajuda e não como delinquentes por fazerem uso de substâncias ilegais.

É importante o reconhecimento e a necessidade de levar-se em consideração o princípio da dignidade, quando trata-se de relações humanas, especialmente no âmbito dos cuidados médicos. Tratar o outro com dignidade, nessa esfera, significa ter respeito por sua condição humana e ver o paciente como portador dos mesmos direitos e da mesma autonomia que qualquer outra pessoa, independente de quem seja.

Portanto, considerar a proposta da redução de danos ao lidar com usuários de drogas, é alternativa que possibilita, ao mesmo tempo, integração social dessas pessoas e seu tratamento, de forma que respeite suas necessidades, mas leve em consideração também sua autonomia, suas intenções e capacidade de decisão, o que significa tratá-las de forma digna.

Este estudo não visou esgotar o tema, mas sim despertar o interesse de outros pesquisadores da área da saúde em desenvolver trabalhos que aprofundem os conhecimentos sobre dignidade humana nas políticas de redução de danos. Sugere-se formação de profissionais capacitados para trabalhar com base na proposta da redução de danos e divulgá-la, promovendo, assim, discussão nas esferas social e política.

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas - ONU[homepage na internet]. Brasil. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. World Drug Report 2007. United Nations Publication, 2008. [acesso em 2009 Out 25]. Disponível em: http://www.unodc.org/brazil/pt/pressrelease_20080624.html
2. Moreira FG, Silveira DX, Andreoli SB. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(3):807-16.
3. Paes PD, Oliveira MW. Educação no programa de redução de danos: alienação ou práxis educativa. 29º Reunião Anual da ANPED 2006, (apresentação de trabalho/ outra).
4. Queiroz IS. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. Psicologia Ciênc Profissão. 2001;21(4):2-15.
5. Reale DO. Caminho da redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma à solidariedade [dissertação]. São Paulo:

Universidade de São Paulo. Programa de Pós-graduação em Medicina Preventiva. Departamento de Ciências da Saúde; 1997.

6. Conte M. Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis. *Rev Associação Psicanalítica Porto Alegre*. 2004; (25):23-33.

7. Conte M, Mayer RTR, Reverbel C, Sbruzzi C, Menezes CB, Alves GT, Queiroz R, Braga P. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. *Boletim Saúde*. 2004;18 (1):59-77.

8. Marlatt GA. Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul, 1999.

9. Shiratori K, Costa TL, Formozo GA, Silva SA. Educação em saúde como estratégia para garantir a dignidade da pessoa humana. *Rev Bras Enferm*. 2004;57 (5):617-9.

10. Norden P. Keeping them connected--reducing drug-related harm in Australian schools from a Catholic perspective. *Drug Alcohol Rev*. 2008, 27(4):451-8.

11. Durand, G. Introdução geral à bioética. São Paulo (SP): Edições Loyola; 2007.

12. Chauí M. Convite à filosofia. São Paulo(SP): Ática, 2002.

13. Pauly B. Harm reduction through a social justice lens. *Int J Drug Policy*. 2008;19(1):4-10.

14. Nardi HC, Rigoni RQ. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicol estud*. 2005;10(2):165-73.

15. Kantorski LP, Pinho LB, Schrank G. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental - um estudo a partir da produção científica da enfermagem. *Rev enferm. UFPE on line*[periódico na internet]. 2007 Out/Dez[acesso em 2009 Out 25];1(2):225-8.Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/393/pdf_197
doi: 10.5205/reuol.393-8835-1-LE.0102200723

Sources of funding: CNPq/Capes

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2010/08/08

Last received: 2011/06/20

Accepted: 2011/06/21

Publishing: 2011/07/01

Address for correspondence

Maria de Fátima Oliveira dos Santos
Av. Umbuzeiro 881, Ap. 501 – Manaíra
CEP: 58038182 – João Pessoa (PB), Brasil