

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



Escola Nacional  
de Saúde Pública  
Sérgio Arouca

Thaís Cassiano Beiral

**Cidadania e Redução de danos na Atenção aos usuários de álcool e outras drogas: uma  
discussão teórica**

Rio de Janeiro

2019

Thaís Cassiano Beiral

**Cidadania e Redução de danos na Atenção aos usuários de álcool e outras drogas: uma  
discussão teórica**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Lilian Miranda

Co-orientadora: Maria Paula Cerqueira  
Gomes

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

B422c

Beiral, Thaís Cassiano.

Cidadania e Redução de danos na Atenção aos usuários de álcool e outras drogas: uma discussão teórica / Thaís Cassiano Beiral. -- 2019. 171 f.

Orientadora: Lilian Miranda.

Coorientadora: Maria Paula Cerqueira Gomes.

Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Reforma dos Serviços de Saúde. 2. Psiquiatria. 3. Redução do Dano. 4. Participação da Comunidade. 5. Serviços de Saúde Mental. 6. Consumo de Bebidas Alcoólicas. 7. Drogas Ilícitas. 8. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 9. Política Pública. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2

Thaís Cassiano Beiral

**Cidadania e Redução de danos na Atenção aos usuários de álcool e outras drogas: uma  
discussão teórica**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.  
Aprovada em: 30 de maio de 2019

Banca Examinadora

---

Prof<sup>ª</sup> Dra Rita Cavalcante Lima  
Faculdade de Serviço Social  
FSS/UFRJ  
2<sup>ª</sup> Examinadora

---

Prof<sup>ª</sup> Dra Roberta Gondim de Oliveira  
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde  
Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/Fiocruz  
1<sup>ª</sup> Examinadora

---

Prof<sup>ª</sup> Dra Lilian Miranda (Orientadora)  
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde  
Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/Fiocruz – Presidente da Banca

---

Phd Maria Paula Cerqueira Gomes (Co-orientadora)  
IPUB/UFRJ

**Rio de Janeiro**

**2019**

Dedico essa dissertação aos usuários (*in memoriam*) Alexandre Joaquim, Ana Antunes, André Luís dos Anjos, Cristiane Reis, João Luis Gonçalves, Lúcia Albino, Luan Braga, Vanessa Magalhães, Willian de Jesus e outros tantos que também tiveram suas vidas marcadas pela miséria e pela “guerra às drogas”.

## AGRADECIMENTOS

De todos os momentos de escrita que compõem esta dissertação talvez estas sejam as linhas mais difíceis. O mestrado foi um processo de amadurecimento doloroso e para que este momento final pudesse enfim chegar, muitas pessoas me ajudaram, apoiaram, auxiliaram, cuidaram... O sentimento é de gratidão a todos que acreditaram que iniciar e terminar, este mestrado, seria possível. Essa dissertação é fruto de muitos e muitas. Muitas pessoas, muitos afetos. Transformar o gesto de agradecimento em palavras é correr o risco de deixar alguns para trás, por isso é tão difícil de iniciar...

Primeiramente, digo obrigada para essa energia que me guia e me impõe a perseverar, junto aos meus, por outros mundos possíveis. É por este sentimento inominável que sigo querendo juntar-me a outros na construção de um mundo melhor.

À minha família, pelo apoio inquestionável às minhas escolhas e o acolhimento nas dificuldades que estas acarretam. Minha gratidão especialmente aos meus sobrinhos Vinícius, Maria Eduarda e Melissa, por ser fonte de energia e amor nestes dias conturbados.

Aos diversos usuários que pude me encontrar e desencontrar. Obrigada pelas trocas afetivas, ensinamentos e aprendizados para vida.

Aos tantos trabalhadores que pude realizar inúmeras trocas, cuidados e aprendizados coletivos. Não sendo possível elencar todos os nomes, ressalto aqui aqueles que pude conhecer no CAPS UERJ, CAPSi CARIM, CAPS AD III Miriam Makeba, CAPS AD III Penha, CAPS AD III Raul Seixas, Departamento de Atenção à saúde/SP, Gerência de Saúde Mental/RJ, HCTP Heitor Carrilho, IPUB e UA Penha/SP. Estendo este agradecimento aos demais trabalhadores que conheci através da saúde mental e atenção psicossocial e que lutam por um SUS de qualidade e público.

Aos meus amigos de turma, pois com eles pude dividir os dilemas, as dificuldades e as angústias. Sempre dispostos a ajudar, seja buscando e levando no aeroporto, ofertando a própria casa para me receber, comprando um lanche de almoço ou oferecendo apoio e ajuda quando necessário. Em tempos de competição e individualismo exacerbados, sinto-me lisonjeada em compor esta turma que sempre esteve pronta para ajudar uns aos outros. Obrigada, turma! Desejo a todos: sorte, sucesso e saúde pública.

Aos meus tantos amigos da cidade do Rio de Janeiro. Àqueles que me apoiaram quando saí dela e me recebem com carinho sempre que retorno: Adriana Leckar, Alyne Pinho, Amanda Nogueira, Clara Vieira, Daniella Harth, Daniele Menezes, Isadora Veríssimo, Leon Cantelmo, Lucimar Dantas, Micely Nandy, Rafael Morganti, Ruy Findlay, Tamyres Matos e Tiago Bezerra.

Aos novos amigos que fiz na cidade de São Paulo, mostrando que existe amor, amizade, carinho e samba nessa cidade! Obrigada por me receberem e por torcerem por mim: Camila Freire, Camila Tainá, Carol Patrian, Carol Tosetto, Débora Louzada, Denis Recco, Fernanda Pimentel, Marcos Muniz, Priscila Borges e Valeska Murier.

À Jessica Prado e Thaline Furtado, pelo apoio e cuidado. E também por nossos momentos de alegria em andanças por SP e de saudades do RJ.

Aos meus gatos Lispector e Tarantino, por serem os gatos mais carinhosos do mundo.

Ao Rodrigo Aguiar, pela sua dedicação e empenho em me fazer mais feliz! Amo você! Por todo apoio, dedicação e carinho, essenciais na reta final de um processo que parecia não ter fim.

À Rita Cavalante e Roberta Gondim, por aceitarem meu convite para compor a mesa de qualificação e de defesa da dissertação. Obrigada pelas ricas contribuições, sugestões e críticas construtivas ao meu trabalho. É uma honra tê-las ao meu lado neste momento!

À Paula Cerqueira, pela inspiração de sempre. Por me fazer acreditar que é possível construir novos caminhos, muito obrigada! Obrigada por aceitar ser minha co-orientadora e me ajudar a fazer “furo no muro”.

À Lilian Miranda, pela dedicação e cuidado que sempre foram presentes, mesmo antes de ser minha orientadora. Pelo afeto e sensibilidade diante de minhas fragilidades e inseguranças. E, principalmente, pela ética e respeito durante toda orientação da dissertação. Essa finalização não seria possível seu apoio. É um acalanto poder encontrar pessoas como você na ENSP. Muito obrigada!

## EPÍGRAFE

“ (...) que faz da insegurança a sua força; do risco de morrer o seu alimento. Por isso me parece imagem justa para quem vive e canta o mau tempo”.

*A Dona do Raio e do Vento, Maria Bethânia (2006).*

## RESUMO

### **Título – Cidadania e Redução de danos na Atenção aos usuários de álcool e outras drogas: uma discussão teórica**

O tema do presente estudo teórico é redução de danos e cidadania. Situado em contexto adverso de “guerra às drogas” e do proibicionismo sob égide neoliberal, buscamos resgatar princípios importantes da Reforma Psiquiátrica para defesa dos cidadãos que fazem uso de álcool e outras drogas, na perspectiva da redução de danos. Sob o marco legal da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o estudo objetivou analisar como os documentos oficiais de governo e artigos científicos brasileiros, situados no campo da redução de danos, abordam a temática da cidadania. A revisão documental revelou a importância da indução governamental para a mudança na lógica de atenção nos dispositivos de saúde, especialmente após criação da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras drogas do Ministério da Saúde no ano de 2003, que incluiu a redução de danos enquanto método clínico-político e norteador da atenção integral aos usuários. A partir de 2012, vimos ressurgir documentos oficiais que redirecionam o cuidado em instituições asilares. A nova Política Nacional sobre Drogas, promulgada em 2019, reafirma uma política proibicionista e propõe a abstinência como lógica exclusiva de tratamento, ignorando a concepção de redução de danos. A revisão da literatura evidenciou que há imprecisão do conceito de redução de danos, que aparece denominada como: estratégia, abordagem, método, política pública, política de saúde, dentre outras. Nossa pesquisa evidenciou que há múltiplos modos de descrever e caracterizar a redução de danos no Brasil e estes estão interligados aos aportes teóricos envolvidos neste campo. Esta multiplicidade foi apresentada através de três prismas categóricos: prisma do pragmatismo, da humanização e da emancipação. Os resultados demonstram que a redução de danos nasceu com crivo mais pragmático e ganhou contornos mais complexos, trazendo consigo características de um cuidado ético e humanizado, além do debate das consequências do proibicionismo e “guerra às drogas” em prol de uma política de drogas democrática e de um cuidado emancipatório. Nenhum documento oficial e artigo científico conceitua cidadania. O termo, quando presente, aparece com critérios que se aproximam de “reinserção social”, acesso a direitos sociais, civis e humanos. A pesquisa teórica revelou que a redução de danos é um método de cuidado que pode ser propulsor de cidadania a uma população historicamente estigmatizada, principalmente em um momento de grande regressão dos direitos que visam garantir a cidadania da população.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica Brasileira; Redução de Danos; Cidadania; “Guerra às drogas”.

## **ABSTRACT**

### **Title - Citizenship and harm reduction in Attention to users of alcohol and other drugs: a theoretical discussion**

The subject of the present theoretical study is harm reduction and citizenship. Situated in an adverse context of "drug war" and of prohibitionism under the neoliberal aegis, we search to redeem the important principles of the Psychiatric Reform used to protect the people who consume alcohol and other drugs, in the perspective of harm reduction. Under the legal mark of the Brazilian Psychiatric Reform, the study has the objective of analyze how official documents of the government and brazilian scientific articles, in the field of harm reduction, approach the citizenship subject. The documentary review unravel the importance of the governmental induction for the change of approach when it comes to the health devices, especially after the creation of the National Policy of the Comprehensive Care to the Users of Alcohol and Other Drugs by the Health Ministry in the year of 2003, that included the harm reduction as clinician-politician method and guide of the comprehensive care to the users. Since 2012, we have seen a resurgence of official documents that redirect care to the asylum institutions. A new National Drug Policy, promulgated in 2019, reaffirms a prohibitive policy and proposes abstinence as an exclusive treatment strategy, ignoring the concept of harm reduction. The literature review evidences the imprecision of the concept of harm reduction, which appears as strategy, approach, method, public policy, health policy, among others. Our research shows multiples ways of describing and characterizing harm reduction in Brazil and these are interconnected to the theoretical contributions involved in this field. This multiplicity was based on three categorical prisms: Prism of pragmatism, humanization and emancipation. The results showed that the harm reduction was born with more pragmatic patterns and more complex outlines, bringing with it characteristics of ethical and humanized care, as well as the debate on the consequences of prohibitionism and the "war on drugs" in favor of a democratic policy on drugs and emancipatory care. There is no official document and scientific article that conceptualize citizenship. The term, when present, appears with the meaning of "social reintegration", access to social, civil and human rights. The theoretical investigation reveals that harm reduction is a method of care that can be used in a historically stigmatized population, mainly in a moment of major setback of rights that aim to guarantee citizenship of the population.

**Key words:** Brazilian psychiatric reform - harm reduction - citizenship - drug war (war on drugs).

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro ilustrativo 1** – Documentos oficiais sobre política de drogas e cuidado aos usuários de álcool e outras drogas (2002-2019) ..... p.157
- Quadro ilustrativo 2** – Documentos oficiais sobre política de drogas e cuidado aos usuários de álcool e outras drogas (2002-2012) ..... p.55
- Quadro ilustrativo 3** – Documentos oficiais sobre política de drogas e cuidado aos usuários de álcool e outras drogas (2015-2019) ..... p.78
- Quadro ilustrativo 4** – Artigos que compõem a revisão da literatura sobre redução de danos e cidadania ..... p.162
- Figura 1** – Fluxograma de busca nas bases da BVS Salud e SciELO ..... p.96

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABRASCO** – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
- AMENT** – Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental
- BDTD** – Biblioteca Brasileira Digital de Teses e Dissertações
- BVS** – Biblioteca Virtual em Saúde
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS AD** – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
- CAPES** – Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CEBRID** – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
- CEPAL** – Comissão Econômica para América Latina e Caribe
- CFESS** – Conselho Federal de Serviço Social
- CFP** – Conselho Federal de Psicologia
- CIT** – Comissão Intergestora Tripartite
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CNSM** – Conferência Nacional de Saúde Mental
- CONAD** – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
- CRR's** – Centros Regionais de Referências
- CTs** – Comunidades Terapêuticas
- DEPEN** – Departamento Penitenciário Nacional
- ECT** – Eletroconvulsoterapia
- ERD's** – Escolas de Redutores de Danos
- FNS** – Fundo Nacional de Saúde
- FUNAD** – Fundo Nacional Antidrogas
- IST** – Infecções Sexualmente Transmissíveis
- ITTC** – Instituto Trabalho, Terra e Cidadania
- MS** – Ministério da Saúde
- MTSM** – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- PEAD** – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
- PET** – Programa de educação pelo trabalho em saúde

**PIBIC** – Programas de Iniciação Científica e Tecnológica

**PNH** – Política Nacional de Humanização

**PROAD** – Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes

**PRONASCI** – Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania

**PT** – Partido dos Trabalhadores

**PTS** – Programas de Trocas de Seringas

**PTS** – Projeto Terapêutico Singular

**SRT** – Serviço Residencial Terapêutico

**SUAS** – Sistema Único de Assistência Social

**RAPS** – Rede de Atenção Psicossocial

**RD** – Redução de Danos

**REFORMA** Rede Jurídica pela Reforma da Política de Drogas

**RJ** – Rio de Janeiro

**RPB** – Reforma Psiquiátrica Brasileira

**SciELO** – Scientific Electronic Library Online

**SENAD** – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas

**SISNAD** – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

**STF** – Supremo Tribunal Federal

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UA** – Unidade Acolhimento

**UNODC** – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>1.1. JUSTIFICATIVA</b>	<b>18</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL</b>	<b>27</b>
<b>2.1. Atenção Psicossocial e Cidadania</b>	<b>27</b>
<b>2.2. Redução de Danos</b>	<b>32</b>
<b>2.3. Cidadania</b>	<b>40</b>
<b>3. MÉTODO</b>	<b>50</b>
<b>4. REVISÃO DOCUMENTAL</b>	<b>53</b>
<b>4.1 Documentos Oficiais de Governo (2002-2012): avançando na redução de danos</b>	<b>55</b>
<b>4.2 Documentos Oficiais de Governo (2015-2019): avançando na lógica proibicionista</b>	<b>77</b>
<b>4.3 “Balanço geral”</b>	<b>91</b>
<b>5. Revisão da literatura</b>	<b>95</b>
<b>5.1 Prisma do Pragmatismo</b>	<b>101</b>
<b>5.2 Prisma da Humanização</b>	<b>109</b>
<b>5.3 Prisma da Emancipação</b>	<b>122</b>
<b>5.4 Balanço geral</b>	<b>131</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>136</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>144</b>
<b>8. APÊNDICES E ANEXOS</b>	<b>157</b>
<b>APÊNDICE A: Quadro Ilustrativo 1 – Documentos oficiais sobre política de drogas e cuidado aos usuários de álcool e outras drogas (2002-2019)</b>	<b>157</b>
<b>APÊNDICE B: Quadro Ilustrativo 4 – Artigos que compõem a revisão da literatura sobre redução de danos e cidadania</b>	<b>162</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Tendo como marco legal a Reforma Psiquiátrica brasileira, o escopo da dissertação são as articulações conceituais e políticas entre redução de danos (RD), localizada enquanto elemento das políticas públicas para usuários de álcool e outras drogas, e cidadania. Tratar dessa questão é desafiador, o que se justifica pela própria complexidade inerente à problemática das drogas, a qual traz consigo pré-conceitos, construções ideológicas, interesses geopolíticos e econômicos. Além do forte espetáculo midiático e do moralismo que dominam o debate contemporâneo e a cena pública entorno dessa temática.

Inicialmente, a redução de danos destacou-se no mundo a partir da distribuição de agulhas e seringas para usuários de drogas injetáveis, como uma estratégia para prevenir a transmissão do vírus da AIDS, estratégia inteligente e eficiente para minimizar as consequências adversas do uso indevido de drogas (POLLO-ARAÚJO; MOREIRA, 2008). Atualmente, é equivocado limitá-la à troca de materiais e insumos. Em seu conceito mais amplo, a redução de danos engloba um conjunto de estratégias dirigidas a pessoas que não conseguem ou não querem parar de consumir drogas, dentro de uma proposta fundamentada na compreensão de que usuários de drogas são sujeitos de direitos, pautada na promoção de saúde pública e respeito aos direitos humanos e à cidadania.

Segundo Lima (2010), foi a partir dos anos 2000 que outras políticas públicas orientadas pela defesa dos direitos humanos, da cidadania e da redução de danos se colocaram no cenário nacional. Porém, o paradigma do proibicionismo e da abstinência seguiram sendo hegemônicos. De acordo com Lima (2010, p. 118) “parte dos agentes dessas duas áreas ainda desconhece suas responsabilidades para minorar os impactos do proibicionismo criminalizador, agravado por políticas sociais públicas despotencializadas para universalizar a assistência ao usuário de drogas”.

De antemão é importante distinguir a ação do Estado no combate ao narcotráfico de drogas, a qual necessita de relação íntima com a Justiça, da política pública de cuidado e tratamento aos usuários de álcool e outras drogas. No setor da justiça e da segurança pública há intensa disputa entre o paradigma do proibicionismo e o do antiproibicionismo, o que afeta diretamente as políticas públicas que preconizam assistência à população usuária de álcool e outras drogas.

Nesta seara, as ações desenvolvidas no âmbito da saúde se dão por meio da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, antes denominada somente Coordenação Nacional de Saúde Mental. Criada em 1991, inaugurou um novo marco na

produção normativa em saúde mental, por meio de portarias<sup>1</sup>, com o objetivo de propor mudanças no modelo assistencial em saúde mental. No princípio atuou na organização da assistência hospitalar promovendo estratégias de desospitalização, fundamentadas em ações de avaliação e acreditação hospitalar. Permanece sendo vinculada ao Ministério da Saúde (MS) e destaca-se na ampliação da Rede de saúde mental e atenção psicossocial (RAPS), juntamente com os Estados e Municípios (BORGES, BAPTISTA, 2008).

Antes da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), e mesmo antes da emergência da estratégia de redução de danos, já existiam propostas de tratamento e alguns direcionamentos legais para o acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas, mas tratavam-se, basicamente, de direções dadas pelas políticas que se propunham a pensar o campo do tráfico, violência, ou melhor, de seu combate, sem necessariamente abarcar a perspectiva do cuidado. Ações de benemerência e caridade também eram observadas. De lá para cá foram observados alguns avanços nas legislações que versam sobre o cuidado a usuários de álcool e outras drogas e importantes recuos na história recente.

Na condição de trabalhadora de saúde mental observo que, notoriamente, avançou-se no cuidado aos usuários no Sistema de Saúde pública (SUS), desde a Atenção Primária até a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), devido ao acúmulo teórico acerca do cuidado e, também, às portarias e leis que propulsionaram, dentre outras ações, a abertura de novos dispositivos de cuidado (como os CAPS, CAPSad, CAPSi, UAA, equipes de Consultório na Rua, equipes de NASF) e novas lógicas de cuidado centrada no sujeito. Nestes, a redução de danos pôde aparecer como estratégia e um método de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

Todavia, as práticas de cuidado em seus cotidianos convivem não apenas com as direções estabelecidas nas legislações pertinentes ao tratamento e cuidado dos usuários de álcool e outras, mas também com as consequências determinadas pela legislação da política nacional de drogas, que ao longo da história criminaliza esses mesmos usuários. É por este que motivo que nos atentaremos não somente às legislações pertinentes ao tratamento dos usuários, mas, também, aquelas relacionadas às drogas, tais como as Políticas Nacionais sobre drogas.

---

<sup>1</sup>Portaria SNAS n°. 189/91: ênfase na desospitalização e qualificação Portaria SNAS n°. 224/92: regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental Portaria SAS n°. 145/94: define a criação de Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP) Portaria SAS n°. 15/96: ratifica a proibição de novas internações em Hospitais Psiquiátricos. Portaria GM n°. 1.077/99: implanta o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de saúde mental.

Partindo dessa temática de pesquisa, perguntamo-nos como a cidadania aparece nos textos oficiais do governo que tratam da questão das drogas e podem envolver a redução de danos. Ou seja, em que contextos ela é citada, quais são seus sentidos ou referenciais teóricos, bem como qual importância dada a ela. Na mesma medida, perguntamo-nos como a discussão de cidadania aparece nos artigos científicos que relatam experiências ou que discutem a redução de danos na atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Nossos objetivos específicos envolvem: realizar análise crítica de documentos oficiais do governo e da literatura científica que discutem a redução de danos no campo álcool e outras drogas; descrever como a redução de danos e a cidadania são apresentadas nas legislações e nos artigos científicos; identificar, nestes documentos, se e como a discussão sobre cidadania é apresentada; identificar os limites e possibilidades da redução de danos no que diz respeito à ampliação e/ou qualificação da cidadania dos usuários de álcool e outras drogas.

As políticas públicas sobre drogas refletem uma arena competitiva de múltiplos interesses entre produtores, comerciantes, o Estado, os usuários, especialistas, dentre outros, não sendo possível apontar soluções definitivas em um contexto inflamado no qual as drogas se encontram. Na atenção aos usuários de álcool e outras drogas não é diferente, sendo observada uma arena de embate especialmente entre os modelos asilar, baseado na abstinência e na internação, e o psicossocial, pautado na redução de danos e na liberdade como valor ético central (SOUZA, 2007).

Isto alude que existe um alcance limitado ao pensarmos a redução de danos como propulsora de cidadania dos usuários de álcool e outras drogas. Compreendendo este limite, esboçamos em nosso marco teórico conceitual o conceito de redução de danos; o conceito de cidadania; e como esta é abordada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com estes embasamentos teóricos e buscando responder nossos questionamentos, realizamos um estudo teórico, desenvolvido através de revisão documental e revisão narrativa da literatura científica.

Observamos que, para realizarmos a presente pesquisa, é preciso explicitar o local de onde falamos, isto é, da atenção psicossocial, do campo mais geral da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Sendo assim, trazemos autores que nos ajudam a nos situar no campo da Reforma Psiquiátrica, tais como, Paulo Amarante, importante representante da luta antimanicomial brasileira, e outros como Ana Pitta; Benedetto Saraceno; Benílton Bezerra; Eduardo Mourão Vasconcelos; Fernanda Nicácio; Fernando Tenório; Roberto Tykanori.

No que se refere à redução de danos, ponderando que esta não nasceu do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas do Movimento Aids, trazemos algumas contribuições de autores, tais como Antonio Lancetti; Eduardo Passos; Francisco Inácio Bastos; Henri Acselrad; Rita Cavalcante Lima; Tadeu de Paula Souza e Tarcísio Matos de Andrade que trazem importantes contribuições sobre seu histórico de nascimento e sua ampliação e compreensão.

Trataremos da conceituação de cidadania a partir de algumas discussões que são feitas em torno desse termo a partir do século XX, quando ele é fortemente associado a movimentos de busca por justiça social, observados, principalmente em países onde se instalou o Estado de bem estar social. Com isso estamos assumindo que, em função dos limites do presente trabalho, desconsideraremos importantes discussões elaboradas antes do século XX. Assim, pautaremos nossa discussão de cidadania por um percurso que se estende desde a clássica definição de Marshall, passando por Adela Cortina, Martin Hopenhayn, até autores das ciências sociais e do serviço social que de alguma forma contribuem com este debate, tais como Carlos Nelson Coutinho; Edinéia Maria Machado; Wanda Espírito Santo e Vini Rabassa Silva, além de Ivo Tonet e Marilena Chauí.

### 1.1. JUSTIFICATIVA

Antes de tudo é preciso situar o contexto em a pesquisa é desenvolvida, empreendia entre os anos de 2016 e 2019. Cabe o registro que em meados de 2015 a política brasileira passou por momento de grande instabilidade política e democrática, com escândalos de corrupção e de lavagem de dinheiro, supostamente exercidos por políticos que ocupavam os poderes executivos e legislativos, envolvendo desvios de recursos da Petrobrás.

Estas investigações foram iniciadas em 2014, sob desígnio de operação “Lava Jato” e ganharam amplas proporções nos anos subsequentes. A consequência desse processo foi, no final de 2015, um Golpe Parlamentar que culminou o impeachment de Dilma Roussef – Partido dos Trabalhadores (PT) em 2016, sendo a presidência da república assumida pelo seu vice Michel Temer – Movimento Democrático Brasileiro (MDB). De 2016 até 2018 vivemos em um golpe parlamentar que, capitaneado por forças e setores importantes no poder brasileiro, tem trazido inúmeros prejuízos à democracia e cidadania brasileiras. O ex-presidente, não eleito democraticamente, Michel Temer (MDB), apostou em uma política neoliberal, com forte aposta em ajustes fiscais, não somente nas fontes públicas de despesas, mas de investimentos sociais.

O ano de 2018 foi conturbado, de continuidade do Golpe Parlamentar, de grandes e marcantes situações como a condenação e prisão do ex-presidente Lula (PT) e o angustiante ambiente eleitoral marcado por discursos de ódio e “*fake news*”. Tão logo iniciado o governo do então presidente eleito Jair Bolsonaro – Partido Social Liberal (PSL) vemos o acirramento de políticas conservadoras e manicomial. Em apoio ao proibicionismo e contrário à legalização das drogas, o novo presidente apoia forças manicomial travestidas em um discurso que se pretende científico, inovador e pró-cidadania.

O atual presidente Jair Bolsonaro conduziu toda sua campanha eleitoral a partir de posicionamentos populistas<sup>2</sup> e por suas críticas à esquerda<sup>3</sup>, além de defender a ditadura e tortura a militantes que se opuseram ao regime militar que perdurou no Brasil entre as décadas de 1960 e 1980<sup>4</sup>. Além disso, declarou ser opositor aos direitos LGBTQ+<sup>5</sup>, sendo eleito com apoio de setores conservadores sob o lema "Brasil acima de tudo, Deus acima de todos".

No momento em que esta dissertação está sendo escrita o seu mandato vai para o quinto mês e já são perceptíveis medidas de continuidade da política de ajustes fiscais<sup>6</sup> do governo Temer, sob forte conservadorismo no campo sociocultural, ultraliberalismo econômico e interesse por privatização das empresas brasileiras, além de submissão da economia aos interesses americanos. Além da flexibilização da posse de armas de fogo e do “excludente de ilicitude” para que policiais não sejam condenados por matar pessoas em confronto – medida já incluída no “pacote anticrime”<sup>7</sup> –, o governo começa adotar políticas de segurança altamente repressivas<sup>8</sup>, que podem se traduzir em aumento da violência<sup>9</sup> contra a população já marginalizada socialmente.

Além disso, na contramão dos países que tiveram maior sucesso na redução do uso de substâncias psicoativas, ignorando as comprovações científicas sobre a eficácia do modelo de redução de danos, tem-se a mudança nacional de foco na redução de danos para a lógica total

---

<sup>2</sup><https://www.thetimes.co.uk/article/dangerous-populist-vows-to-make-brazil-safe-again-sgmp6spg> Visitado em abril de 2019.

<sup>3</sup><https://noticias.band.uol.com.br/politica/noticias/100000886908/bolsonaro-sou-um-fantasma-para-a-esquerda-brasileira.html> Visitado em abril de 2019.

<sup>4</sup>[https://web.archive.org/web/20130531142150/http://www.terra.com.br/istoegente/28/reportagens/entrev\\_jair.htm](https://web.archive.org/web/20130531142150/http://www.terra.com.br/istoegente/28/reportagens/entrev_jair.htm) Visitado em Visitado em abril de 2019.

<sup>5</sup> <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI245890-15223,00.html> Visitado em abril de 2019

<sup>6</sup> <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2019/04/apos-100-dias-bolsonaro-lanca-pacote-de-medidas-para-reverter-desgastes.shtml> Visitado em abril de 2019.

<sup>7</sup>O “pacote anticrimes” foi criado por Sergio Moro, ministro da Justiça, e prevê alterações em 14 leis, como o Código Penal, o Código de Processo Penal, a Lei de Execução Penal, a Lei de Crimes Hediondos e o Código Eleitoral. Fonte: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/02/19/bolsonaro-assina-pacote-anticrime-que-sera-enviado-ao-congresso-nacional.ghtml> Visitado em abril de 2019

<sup>8</sup> <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2019/05/06/stf-vai-julgar-4-das-principais-medidas-do-governo-bolsonaro.htm> Visitado em maio de 2019

<sup>9</sup><https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2019/04/16/politica-de-bolsonaro-deve-gerar-mais-violencia-diz-pesquisadora-dos-eua.htm> Visitado em abril de 2019

e exclusiva da abstinência. Não desconsideramos a eficácia da abstinência, tampouco consideramos que a lógica da redução de danos a ignora. Compreendemos que tal modelo, quando exclusivo, atinge uma parcela ínfima e, por esse motivo, criará inúmeras barreiras de acesso ao tratamento para aqueles usuários que não querem ou não conseguem interromper o uso de álcool e outras drogas. Apontamos que esse fato acarretará numa diminuição importante de acesso ao tratamento em saúde, bem como outros direitos básicos, o que pode prejudicar o exercício de cidadania dessa população.

Cabe destacar que tão logo iniciado o mandato de Jair Bolsonaro foi criado o Ministério da Cidadania, coordenado por Osmar Terra que, em 2017, durante audiência na Câmara dos Deputados, defendeu leis mais rígidas de combate às drogas para redução da violência<sup>10</sup>. Na mesma ocasião Osmar Terra criticou os dados da pesquisa da Fiocruz, que indicam que não há uma “epidemia de drogas” no país. Acreditamos que o que deveria ser também objeto de discussão e pesquisa por órgãos nacionais são os gastos públicos e as mais diversas perturbações que a chamada “guerra às drogas” tem trazido, direta e indiretamente, para o exercício da cidadania da população brasileira, especialmente quando consideramos o aumento vertiginoso da violência. Todavia, o que está sendo colocado pelo atual governo é, inclusive, a justificativa de meios violentos para garantir uma sociedade livre de drogas<sup>11</sup>.

Diante deste cenário, considero desafiador e urgente pesquisar sobre a cidadania dos usuários de álcool e outras drogas sob a perspectiva de redução de danos. Posto isso, a justificativa está organizada em três eixos considerados fundamentais para ratificar a pertinência do tema e do objeto de estudo. O primeiro eixo é fundamentado no meu interesse pessoal enquanto pesquisadora, relacionado à experiência profissional e pessoal; o segundo pauta-se em algumas referências da literatura que justificam a pesquisa; o terceiro e último eixo traz algumas referências bibliográficas que avaliam o tema e pertinência do método.

O interesse pessoal pelo tema da cidadania diz respeito à formação marxista em Serviço Social, bem como pelo objeto da profissão do Assistente Social, as múltiplas

---

<sup>10</sup><https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SEGURANCA/547904-OSMAR-TERRA-DEFENDE-LEIS-MAIS-RIGIDAS-E-COMBATE-AS-DROGAS-PARA-REDUZIR-VIOLENCIA.html> Visitado em maio de 2019.

<sup>11</sup> “A epidemia de violência acompanha uma epidemia de drogas brutal. Estamos em uma situação grave, violenta e cujo único caminho que temos para enfrentar isso, além de repressão e violência, é fazer com que diminua o consumo de drogas, a quantidade de drogas nas ruas para a nossa juventude e a sociedade inteira”. Fala de Osmar Terra durante encontro com o movimento “Frente Brasil sem drogas”. Disponível em <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/abril/frente-brasil-contra-as-drogas-formaliza-apoio-a-nova-politica-do-governo-federal/view> acesso em abril de 2019

expressões<sup>12</sup> da “questão social”, que segundo Yamamoto (1997) emerge da relação dicotômica e ambígua entre capital e trabalho. Dito de outra maneira, o Assistente Social deve direcionar sua prática para mediação das necessidades e interesses antagônicos dos ditos excluídos da cidadania burguesa, assim como defender e contribuir à sua organização enquanto classe social.

Além disso, a ampliação da cidadania é um dos nortes profissionais e está explicitada em um dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Profissional (1993) do assistente social: “Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras (...)”.

Minha inserção acadêmica no campo da saúde mental e da atenção psicossocial se deu em 2010, durante a graduação em Serviço Social. Logo após, realizei especialização em saúde mental, em nível de residência multiprofissional e iniciei enquanto trabalhadora da saúde mental no ano de 2015. A trajetória de formação acadêmica e profissional envolveu uma rica experiência em CAPS II, CAPSi, CAPS AD III, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), Hospital Psiquiátrico, Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), Gerência de saúde mental do Estado do RJ e interlocução de saúde mental no município de SP. Além disso, durante a graduação estive envolvida em pesquisas sobre o campo, tais como o NEPS/CNPq-UERJ (Núcleo de Estudos, Pesquisas e Extensão em Saúde Mental e Atenção Psicossocial), o PET/Saúde- Crack, álcool e outras drogas e, ainda, Ética, direitos, trabalho e Serviço Social: um estudo no sistema penal (PIBIC).

O desejo pelo objeto de pesquisa deveu-se ao fato de que, tanto na atuação profissional quanto nos estudos acadêmicos, as questões que envolviam os direitos da população usuária sempre me intrigaram, especialmente dos usuários de álcool e outras drogas. Em todos os dispositivos pelos quais passei o acompanhamento a estes usuários sempre foi colocado como desafiador às equipes.

Nos serviços não especializados para atenção ao uso de álcool e outras drogas era sempre muito difícil a compreensão da equipe de que estes usuários também poderiam ser acompanhados por estas equipes, ainda que reconhecido um quadro de transtorno mental grave e persistente. Já no HCTP era “curioso” ler prontuários, autos de processos e de medidas de seguranças e perceber que era extremamente comum que os sujeitos que ali

---

<sup>12</sup>Síntese reflexiva do aprofundamento das desigualdades sociais, acumuladas e manifestas, expressas das mais variadas formas de pobreza, miséria, desemprego e exclusão social, desigualdade de renda, pobreza absoluta, exclusão social, privações e ausência de direitos (IAMAMOTO, 1997).

estavam trancafiados trouxessem histórico de uso abusivo de álcool e outras drogas, mas que, raramente, haviam realizado algum tratamento.

Ademais, a descrição de histórico de vida desses usuários sempre esteve demarcada pela vulnerabilidade social e violência em suas mais diversas possibilidades. Mas foram nos serviços de base territorial que atendiam usuários de álcool e outras drogas, especializados ou não, que os desafios ficaram ainda mais evidentes, recolocando em cena a discussão dos direitos dos usuários. Em minha experiência pude perceber que os usuários psicóticos graves continuam chegando nestes serviços. Todavia, sendo dispositivos de base territorial e abertos, que apostam no conceito de universalidade, muitos outros aspectos sobressaiam no chamado “perfil” destes usuários. Apesar de trazerem consigo o discurso e demandas que envolvem necessariamente consequências, sintomas e comportamentos associados ao uso problemático de álcool e outras drogas, outras questões e demandas também surgiam e, a maioria das vezes, eram consequências de um problema maior e anterior ao uso dito problemático – localizados na ausência de acesso a direitos básicos como habitação, educação e saúde.

Pude observar que chegavam nestes serviços cada vez mais usuários que não vivenciaram internações psiquiátricas; pessoas que buscam a medicação psiquiátrica como solução/cura/anestesiamento; sujeitos marcados pela violência em suas múltiplas expressões e possibilidades (domiciliados e em situação de rua); usuários de drogas, sendo estes: crianças, adolescentes, jovens e idosos; homens e um número crescente de mulheres; população em situação de rua e/ou de abrigo, que veem nos dispositivos territoriais um lugar de pouso seguro (BEIRAL; GOMES, 2016).

As demandas pareciam ser de uma organização superior à capacidade resolutive dos dispositivos, tais como, alimentação, higienização, local seguro para repousar e/ou passar a noite, proteção de violência territorial, dentre outras. Esses tipos de demandas eram extremamente comuns e causavam intenso constrangimento nas equipes que, resguardadas em seus discursos profissionais, explicavam que ali era, antes de tudo, local de tratamento para o uso prejudicial de álcool e outras drogas. E que, portanto, as demandas deveriam guardar íntima relação com o projeto terapêutico singular (PTS) que direciona o cuidado a ser ofertado.

Apesar de concordar e ver importante sentido nesta posição profissional causava-me angústia perceber que, para grande parte daqueles usuários, era li o local mais cômodo e talvez mais “acolhedor” para esse tipo de demanda que, por outras vias, envolveria ações e relações “desgastantes” e, não raras, violentas. A discussão da prática cotidiana envolvia inúmeras ponderações, tais como, se o dispositivo se coloca como local para todas essas

atividades diárias, como trabalharemos a autonomia do sujeito? Como responder a esse tipo de demanda sem que se estabeleça um trabalho de cunho assistencialista? Será mesmo que estes usuários precisam comer, beber, usar o banheiro (...), aqui, em seu local de tratamento? O que estamos tratando? Qual é o cuidado possível para esta população?

Indagações como essas, quando coletivizadas, fizeram-me pensar que somente compreendendo a origem dos problemas que ali chegavam poderia, junto à equipe, vislumbrar mudanças contundentes em nossa prática profissional. Entretanto, algumas dessas mudanças não ocorrem no tempo da necessidade/demanda em que chegam aos serviços, pois possuem importante relação com o processo histórico de desenvolvimento dos direitos no país. Não sendo possível refazer a história e nem alterar o presente sem grandes esforços, nossa inquietação pessoal se condensou da seguinte forma: como os dispositivos podem melhor se organizar para atender essa clientela? Quais são os limites e possibilidades desse cuidado? De que modo a redução de danos se alinha à luta por direitos de uma população historicamente estigmatizada? Diante do que vem surgindo na clínica, como podemos suscitar mudanças no interior dos dispositivos e nas políticas públicas que buscam garantir e ampliar os direitos dessa população?

Ao pensar nas diversas demandas que os usuários de álcool e outras drogas traziam, surgia em mente que se os dispositivos de saúde não eram os locais mais indicados para a concretização destas “demandas”, em algum outro lugar estas deveriam ser atendidas. Isso porque, a meu ver, estas “demandas” guardavam forte relação com os direitos mais elementares e de ordem humana. E, enquanto cidadãos, os usuários deveriam acessá-los e usufruí-los. Além disso, percebi que não era somente nos dispositivos de saúde mental em que trabalhei que essas demandas e constrangimentos ocorriam, mas nos serviços que, de algum modo, a redução de danos parecia estar colocada, isto é, em dispositivos os quais os profissionais não exigem a abstinência como pré-requisito ou meta para o cuidado.

Para defender minha aposta na defesa da cidadania dos usuários de drogas, além de resgatar conceitos já conhecidos pelos trabalhadores de saúde pública, como o de universalidade e integralidade, percebo que o atual momento é o de (re)inventar novas práticas e dispositivos de cuidado. Como nos colocam Ceccim e Merhy (2009, p.535),

nessa condição, o cuidar do outro é operado por distintas modalidades de saber e fazer, não culmina com as práticas particulares das profissões, das tecnologias do cuidado ou dos protocolos, prolonga-se pela invenção de si, dos entornos, de mundos.

Não podemos perder de vista que, em um primeiro momento, os CAPS foram voltados especialmente aos usuários psicóticos, especialmente os oriundos de longas internações. Em minha trajetória profissional percebo que a questão de resgate da cidadania destes usuários esteve sempre muito interligada à questão do resgate de autonomia, de circulação no território e na cidade, sendo esta, também, local e fonte de alegria e prazeres que deveriam ser recuperados após anos de mortificação do sujeito.

Porém, a experiência nos CAPS e outros dispositivos que atendem a população usuária de álcool e outras drogas denotam outro universo. O resgate de cidadania não parece guardar relação com a autonomia e circulação territorial, por exemplo. Em sua maioria, os usuários já circulam e transitam pelos territórios, os conhecendo muito bem, ainda que não vivam a cidade somente pelos seus prazeres, mas pelas suas dores e dificuldades no ir e vir cotidiano.

Certa vez, tratando sobre a temática da Luta Antimanicomial com usuários de um CAPS AD III, percebi que a discussão sobre a loucura e o manicômio nem sempre os atingiam, sendo difícil que estes se reconhecessem como partícipes desta Luta. Além disso, quando falávamos sobre as possibilidades de violações nas Comunidades Terapêuticas (informando que a Luta Antimanicomial se alinha, essencialmente, à luta contra a violação e opressão nas instituições), os usuários se dividiam. Havia aqueles com inúmeras histórias de agressões, maus tratos, violações e que se recusavam a retornar para estes espaços, mas também aqueles que defendiam a necessidade de exclusão para o seu cuidado, com forte discurso moral e, as vezes, religioso. Ademais, era notório perceber que as internações em Comunidades Terapêuticas representavam, sobretudo, um local temporário que pode fornecer alguma segurança (alimentar, moradia, proteção), especialmente para aqueles que estavam em situação de rua, abrigamento ou viviam em locais de constantes conflitos.

Durante uma confecção coletiva de cartazes para o dia da Luta Antimanicomial uma frase pintada a pedido de um usuário em situação de rua me chamou muito atenção: “estou preso na rua”, dizia. Ele explicou que foi o que ele entendeu da Luta Antimanicomial. Que lutaram para que ele não estivesse “preso” nos Hospitais Psiquiátricos como tantos outros ditos loucos e indesejados, mas que ele estava preso, ainda que nas ruas.

Acredito que pensar a cidadania do usuário de drogas hoje é poder repensar as possibilidades e os limites dos dispositivos de atenção em saúde mental, o que se constitui em um novo desafio para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Considerando os campos que concorrem uns com os outros pela atenção, cuidado, domínio ou tratamento da loucura e, mais recentemente, dos usuários de álcool e outras drogas, o campo da atenção psicossocial é um

campo relativamente novo, em construção. Segundo Garcia (2007), a abertura proporcionada pelos novos modelos de atenção tornou este um campo complexo e por isso há muita discussão sobre seus temas.

A radicalidade de retirar as pessoas dos hospitais psiquiátricos e ofertar o tratamento em espaço aberto e territorial abre uma gama enorme de possibilidades, mas também de inúmeras demandas diante das questões da vida fora de uma instituição (GARCIA, 2007) às quais vão surgindo e ganhando novas complexidades e, de mesmo modo, demandando novos investimentos teóricos, práticos, operativos.

Nesse ínterim, acredito que esses serviços podem tornar-se lugares de ofertas de cuidado em excesso, que desencadeiam práticas de tutela que podem comprometer o desenvolvimento/manutenção da autonomia do sujeito. Isso se deve, em grande parte, ao fato desses serviços buscarem dar conta de problemas maiores que a sua capacidade de resolução, sob certo viés salvacionista. Todavia, no reverso dessa moeda, há o risco desses serviços não exercerem o cuidado possível e necessário a essa clientela — ligado à afirmação da cidadania do usuário de drogas e a valorização da reorganização de sua existência com base na garantia de direitos e autonomia, princípios que alimentam a RPB.

Neste imbróglio, pude perceber que o desafio não é somente o cuidado dessa população historicamente estigmatizada, inclui a oferta de um cuidado que não os vitimize diante de sua própria história, que aposte na radicalidade da cidadania e transformação do sujeito através de um cuidado que coloque justamente este sujeito no centro do processo de cuidado e não em uma posição objetal. Porém, sem perder de vista as condições objetivas de exercício dessa cidadania na sociedade em que estamos todos inseridos.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira alcançou alguns avanços importantes. Os hospitais psiquiátricos foram sendo fechados e há ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No entanto, paralelo a estas conquistas tem ganhado novo fôlego o debate acerca das internações compulsórias ou involuntárias; da internação em Hospital psiquiátrico; da laborterapia e eletrochoque (redesenhados); do investimento público em “Comunidades Terapêuticas”; do aumento de prisões arbitrárias e da criminalização do pobre, negro e favelado; do aumento vertiginoso de assassinatos por parte do poder público (polícias) e do poder paralelo (facções criminosas e as milícias); da discussão da redução da maioridade penal; do pedido eloquente de pena de morte, liberação do porte de armas, dentre outras.

Nota-se assim ressurgir práticas de cunho higienistas e segregadores, tornando a droga o grande centro de problema da humanidade, desconsiderando o seu próprio uso em inúmeras civilizações, há milhares de anos. Como já havia observado Bucher e Oliveira (1994, p. 137),

o discurso e a ideologia de “combate às drogas” são expressões rigorosamente condenatórias, pois se caracterizam pela guerra de uma “argumentação mais emotiva e alarmista do que serena e objetiva, mais sensacionalista do que científica, mais moralista do que isenta de juízos valorativos” e que, ao invés de analisar o consumo de drogas em seus múltiplos determinantes, limita-se a preconizar uma repressão implacável.

A formulação de políticas e a proposição de serviços relacionados ao uso de drogas parte de estudos das necessidades populacionais, mas também de disputas ideológicas e políticas. Nessa arena, é fundamental que se leve em conta pesquisas que tratam dos temas envolvidos nas políticas a serem implantadas ou sustentadas diariamente, o que reforça nosso interesse de desenvolver uma pesquisa teórica que colabore com a qualificação do debate sobre redução de danos, especialmente em um momento de regressão das políticas públicas.

Como colocado por Prado, Sá e Miranda (2015, p. 38) a pesquisa teórica diferencia-se da revisão bibliográfica, uma vez que pressupõe um movimento de construção e reconstrução de conceitos e ferramentas conceituais que são úteis à apreensão de um fenômeno ou problema a ser estudado, a partir da contribuição de autores diversos, aos quais é preciso fazer dialogar.

Enfim, compreendo que é necessário recolocar o tema do uso de drogas no interior tanto da Reforma Psiquiátrica brasileira quanto da Reforma Sanitária para que não percamos de vista os vetores ético-políticos que as sustentam frente a uma reivindicação cada vez mais intensa pelo monopólio e hegemonia que o proibicionismo intenciona. Deste modo, busco com a presente pesquisa contribuir para novos subsídios, estudos e políticas públicas voltadas ao cuidado dos usuários de álcool e outras drogas.

## 2. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

### 2.1. Atenção Psicossocial e Cidadania

Nas últimas três décadas o campo da saúde mental e atenção psicossocial têm sido marcados por um processo de críticas e de propostas de transformação denominado Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). No final dos anos 1980, a insígnia “Por uma sociedade sem manicômios”, formulada pelos encontros do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), tais como o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Bauru em 1987, produziu uma ruptura com os marcos conceituais e as estratégias políticas e operativas até então delineados, abrindo um novo campo de possibilidades e de desafios éticos, teóricos, sociais, institucionais e jurídicos (NICÁCIO, 2002) para o processo da RPB, ainda em curso.

A afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e a superação do modelo asilar foram definidas como as principais diretrizes para o processo da RPB e, conseqüentemente, para a implementação da política nacional de saúde mental, concebendo mudanças nas dimensões assistencial, legislativa e sociocultural.

De uma maneira geral, inicialmente, a Reforma Psiquiátrica dedicou seus esforços teóricos e de práticas de cuidado aos usuários psicóticos. Isso porque, em seu contexto histórico de nascimento, a grande pauta era a desinstitucionalização, o que envolvia o fechamento/transformação de grandes instituições psiquiátricas voltadas a pacientes com quadros crônicos diagnosticados como transtornos psicóticos e na criação de novos dispositivos de tratamento e serviços que os viabilizassem (PITTA, 1996).

A questão do uso de drogas e da cidadania dos usuários (psicóticos ou não) sempre esteve presente, mas ganhou visibilidade nas agendas de governo e na mídia nos últimos anos, especialmente após a suposta “epidemia do crack” que culminou na criação do programa de governo “Crack: é possível vencer?”<sup>13</sup> e na construção de serviços de atenção ao uso de álcool e outras drogas. Todavia, compreender o que se pretendeu com a afirmação de direitos de cidadania no contexto de lutas por redemocratização e das Reformas Sanitária e Psiquiátrica é de suma importância para pensarmos nosso objeto de pesquisa nos dias atuais.

Para Amarante (1995), a RPB propõe transformar o modelo assistencial em saúde mental e construir um novo estatuto social para o louco, o de cidadão de direitos. O que não quer dizer que pretende acabar com o tratamento, mas sim eliminar as práticas asilares, excludentes e cerceadoras de direitos. Por isso, a RPB propõe a substituição gradativa do

---

<sup>13</sup> <https://www.justica.gov.br/programas-e-planos/crack> Visitado em novembro de 2018

modelo manicomial por uma rede ampla de serviços territoriais e abertos, nos quais os usuários são convocados ao empoderamento de seu tratamento e da sua vida (VASCONCELOS, 2013).

Apreendemos assim que o escopo da RPB é a construção da cidadania daqueles que estiveram à margem e a garantia efetiva dos direitos civis e sociais historicamente negados pelo paradigma asilar (AMARANTE, 1995, p. 80). Não supomos, contudo, que, eliminando as instituições asilares e criando novos dispositivos de cuidado, estamos criando instituições potentes e desinstitucionalizantes, uma vez que determinadas práticas profissionais podem ser reproduzidas nesses novos locais. Como salienta Tenório (2002, p.26), a RPB desdobrou-se em um diversificado escopo de práticas e saberes. A importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador deste processo está no fato de que a RPB é, sobretudo, um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as inúmeras relações estabelecidas entre estas e é obra de diversos atores entre si.

Guiamo-nos a partir desses conceitos a fim de repensarmos os desafios e as possibilidades de cuidado e de cidadania dos usuários de drogas em contextos geralmente adversos, que tem não apenas a sua cidadania colocada em xeque, mas a sua própria vida. Buscamos analisar os documentos oficiais e os artigos científicos, localizando-nos em um cenário que abarca avanços ainda que em contexto adverso do proibicionismo e do neoliberalismo.

No Brasil, a redução de danos teve origem no campo das IST/AIDS na década de 1980 (SOUZA, 2013), tendo sido incorporada pela saúde mental tardiamente. A saúde mental tem como principal enfoque a luta antimanicomial e desinstitucionalização que, conforme pontuamos acima, em sua origem voltava-se, prioritariamente, a sujeitos diagnosticados com quadros psicóticos. Por conseguinte, em seu processo de institucionalização, a atenção aos usuários de álcool e outras drogas pautadas na redução de danos adquiriram uma perspectiva marginal e incremental, reproduzindo o que está previsto para o setor de saúde mental, especialmente o formato e modelo de serviço substitutivo (CAPS, CAPS AD), que pode representar uma adaptação que pouco considera algumas das especificidades da clínica voltada aos usuários de álcool e outras drogas.

Buscando realizar uma análise crítica da organização da rede para acompanhamento aos usuários de álcool e outras drogas, Costa et al (2015, p.401) consideram que há uma reificação das redes, de tal modo que a organização destas vem justificando uma assertiva pronta e muitas vezes idealizada. As redes são colocadas como ‘salvadoras da pátria’, sem que haja uma problematização dos seus princípios e os porquês para adoção de determinada

organização e, conseqüentemente, as necessidades clínicas e de cuidado muitas vezes, são considerados de maneira transposta àqueles relacionados aos pacientes psiquiátricos clássicos.

Isto também parece relacionar-se ao nascimento e modelo de organização originário da RPB que precisa ser repensado hoje, tendo em vistas novos avanços e novas demandas no campo, como as questões clínicas relacionadas ao uso abusivo de drogas decorrentes, por exemplo, de quadros de abstinência grave em que são necessários recursos hospitalares em caráter de urgência. Além disso, o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas e, deste modo, sua própria cidadania se constitui como terreno de disputa entre as práticas que se alimentam da concepção da redução de danos e àquelas que se organizam a partir da abstinência.

Dito isso, é importante trazer a contribuição de Amarante (1996) sobre o conceito de cidadania de modo a situá-la de maneira mais ampla no seio da RPB para que, em seguida, possamos discuti-lo no campo da redução de danos. O autor relaciona cidadania com ampliação dos direitos sociais, jurídicos e políticos e afirma:

Não se trata de, com base na ideia de cidadania como valor universal, admitir sua extensão a todo o tecido social. Trata-se, sobretudo, de ampliar ou diversificar, em um trabalho de desinstitucionalização, o próprio conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade de sujeitos, *com suas diversidades e diferenças num mesmo patamar de sociabilidade*. Trata-se, ainda, não de deixar o louco viver a sua loucura, porém de, em um novo contexto de cidadania, dar-lhe o *real direito ao cuidado*. Não de ser excluído, violentado, discriminado, mas de receber ajuda em seu sofrimento, em sua positividade e em sua possibilidade de ser sujeito. Enfim, trata-se de trabalhar efetivamente para que ele seja um sujeito de desejos e projetos (AMARANTE, 1996, p. 114-115, grifo nosso).

Outra importante contribuição a ser posta é aquela trazida por Tykanori (1996) através da discussão sobre contratualidade e a reabilitação psicossocial do paciente psiquiátrico. O autor busca diferenciar o aumento da autonomia com uma suposta autossuficiência ou independência humana, posto que dependentes somos todos nós. Para ele, a questão dos pacientes psiquiátricos seria mais uma questão quantitativa, já que inseridos em instituições manicomiais, estes dependem excessivamente de poucas pessoas, de poucas relações e de poucas coisas, o que causaria dependência e grande diminuição de sua autonomia.

Em suma, sua proposta para atenção psicossocial seria a de viabilização de dispositivos que reconstruíssem valores, experimentações e mediações, aumentando o poder contratual na medida em que fossem criadas condições de trocas sociais (TYKANORI, 1996). O autor reforça o papel dos dispositivos psicossociais e de seus profissionais para emprestar-lhes poder contratual, apostando que isto pode recuperar a autonomia:

Entendemos que a vida social é pautada por processos de trocas e intercâmbios, particularmente trocas de mensagens, afetos e bens. Cada participante da relação pressupõe um valor pré-atribuído aos outros, isto é,

um poder contratual. No caso dos pacientes psiquiátricos, este poder contratual é socialmente anulado pelo seu enquadramento no status de doente mental. Suas mensagens são ‘obviamente’ ininteligíveis; seus afetos, ‘necessariamente’ desmedidos; seus bens, implicitamente sem valor. Nesta condição de ‘nulidade de intercâmbio’ torna-se impossível qualquer pretensão de inserção social, exceto pelo seu status de doente, de não-ser, de ‘ser-paciente’. Diante deste quadro a função dos profissionais é precisamente a de emprestar poder contratual aos pacientes, até que estes recuperem algum grau de autonomia (TYKANORI, 1996, p. 39).

Apesar de também fazer referência essencialmente ao paciente psiquiátrico clássico, acreditamos que essas propostas também podem ser colocadas quando falamos dos usuários de drogas, tendo em vista que tal qual o “louco” estes também possuem um lugar social demarcado e totalizante, neste caso o do “dependente”, sendo importante a centralidade de construção de novas trocas sociais.

De acordo com Pitta (1996, p. 22), caso houvesse uma técnica de reabilitação psicossocial, esta deveria aproveitar todas as técnicas disponíveis para estabelecer as melhores negociações entre as necessidades dos pacientes e as “oportunidades/recursos” do contexto em que estamos inseridos. Mas, a autora enfatiza que o campo abarca uma vasta possibilidade de técnicas, sendo o seu principal diferencial, o cuidado em liberdade, onde o usuário é sujeito de sua vida e tratamento.

Segundo Guerra (2000), existem três correntes divergentes que se sobressaem no estudo dessa temática: a primeira relaciona-se aos aspectos comportamentalistas, de adaptação, ou seja, trabalha com a ideia de treinar o sujeito, seus familiares e sua rede de apoio, no desenvolvimento de habilidades pela aprendizagem de convivência para recuperar algo que foi perdido ou aprender algo que ainda não havia sido ensinado, com o objetivo de ser então “reabilitado”, entrando em um estado de equilíbrio. A segunda vertente é política, e trabalha com a noção de contratualidade como fator de construção da cidadania. A terceira e última corrente trabalha com reabilitação a partir da clínica, propondo um acompanhamento ao sujeito a partir de seu próprio estilo e do trabalho que ele mesmo propõe para seu cuidado.

Por meio de uma proposta que se aproxima da vertente política, Saraceno (1996, p. 150) postulou que a atenção psicossocial não possui um modelo clínico como referência e que a sua prática estaria à espera de uma teoria a ser construída para sustentar as práticas de reabilitação que parecem mais avançadas do que a teoria. Para o autor, a reabilitação é uma estratégia que está para além da transformação de um estado de “desabilidade” para um estado de equilíbrio e “habilidade”.

É através do poder de negociação entre as pessoas que se poderia definir o maior ou menor nível contratual. Quando se fala em falta de poder contratual (ou contratualidade) pode

existir sim uma desabilidade, o que demandaria reabilitação. Essa reabilitação significaria “um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania, e, também, de plena contratualidade” (SARACENO, 1996, p. 16). Em 1999, Saraceno reformulou a discussão sobre cidadania plena do portador de doença mental considerando a sua relação com o aumento de poder contratual baseado na participação e, tratando, assim, a ideia de uma cidadania possível (SARACENO, 1999).

Retomando a tipologia de Guerra (2000), de nossa parte, consideramos que tanto a vertente política como a clínica podem ser integradas no trabalho cotidiano, permitindo um tratamento direcionado à ampliação/qualificação da cidadania, segundo o ritmo, os recursos psíquicos e sociais, bem como o posicionamento subjetivo próprios de cada sujeito. Assim, situamo-nos num campo de defesa da cidadania considerada como direito cujo acesso deve ser garantido e proporcionado. Ao mesmo tempo, reconhecemos que os percursos trilhados nesse acesso resultam sempre construções singulares que requerem sustentação social, mas devem respeitar a singularidade de cada sujeito, como o desejo de interrupção do uso de drogas ou mesmo a impossibilidade de redução de seu uso.

Nessa direção, Bezerra (1996) ressalta a necessidade de pensarmos a clínica dentro da reabilitação psicossocial, uma vez que os profissionais estão o tempo todo sendo agentes de produção de subjetividades, de sujeitos e mecanismos de subjetivação. Todavia, ressalta que é necessário cuidar para não supervalorizar a clínica individual e coletiva em detrimento do laço social, bem como, em outro pólo, supervalorizá-la em função de “estruturas assistenciais que contemplem a relação do sujeito com a realidade social” (BEZERRA, 1996, p.138).

Existem ainda muitas outras contribuições para o campo da reabilitação psicossocial, tais como Abílio Costa-Rosa, Silvio Yasui, Magda Dimenstein, dentre outros, que se propõem a pensar a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os serviços de reabilitação psicossocial.

Autores italianos como Viganó e Zenoni propõem novas abordagens a partir do discurso psicanalítico, compreendendo o sintoma do sujeito como propulsor para pensar a reabilitação, discussão a partir da qual se sobressai a noção de “construção” de práticas que trabalham com a construção de sentido, a partir de uma vertente que considere a dimensão subjetiva e social de maneira articulada.

Considerando os limites deste projeto, não trataremos dessa discussão psicanalítica, mas a apontamos como outro caminho de integração entre a clínica e a política, uma integração essencial para a proposta de discutir a cidadania como um dos pilares estruturantes

de abordagens sintônicas ao campo da atenção psicossocial, como consideramos ser a Redução de danos.

## 2.2. Redução de Danos

Segundo Santos e Miranda (2016), o conceito de droga é polissêmico e seus significados abrangem diversos elementos da natureza designados como droga, sendo seu uso um fenômeno antigo na história, presente em quase todas as culturas no auxílio de necessidades médicas, religiosas e gregárias. A relação da humanidade com as drogas é milenar e tão antiga quanto a própria história da humanidade. Foi a partir da modernidade que o uso de drogas passou a ser visto como um problema.

Não pretendemos realizar um aprofundamento sobre a conceituação do termo “droga” e tampouco trazer o histórico de como estas se tornaram proibidas e combatidas. Contudo, como nosso trabalho está situado em um cenário social e político de proibição do uso de drogas. Deste modo, ao nos debruçarmos sobre as relações entre cidadania e redução de danos no campo da saúde mental, de algum modo, retrataremos algumas das consequências da “guerra às drogas”, especialmente as que envolvem a cidadania dos usuários de álcool e outras drogas.

Como advertido por Carneiro (2002) o proibicionismo é quem determina todo o contexto do consumo contemporâneo de drogas, inclusive a expansão de formas de consumo mais degradadas, adulteradas e destrutivas. Cada vez mais temos notícias de novas drogas sintéticas e novos adulterantes que criam novas drogas a partir da cocaína (crack, oxi, zirrè), ecstasy (MDma) e dos inalantes e solventes (novas fórmulas de “loló”). Indica o autor que a “guerra às drogas”:

além de servir para o enriquecimento direto das máfias, das polícias e dos bancos, serve para tornar o corpo humano um território de comércios clandestinos e transportes interditos, vigiado com testes de urina e batidas policiais. A transformação do interior do corpo em jurisdição química do Estado, com o controle aduaneiro das fronteiras da pele, é uma dimensão extrema de intervenção e vigilância sobre as populações (CARNEIRO, 2002, p. 126).

Com essa compreensão, nossos esforços estão depositados nas questões relacionadas à atenção e cuidado ao usuário álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos e neste sentido é importante demarcar o cenário proibicionista, pois ele também reflete de maneira indireta na atenção a estes usuários. A política proibicionista e de “guerra às drogas” implantou a regra da abstinência como paradigma hegemônico de tratamento. Dentro deste

paradigma, usar drogas e se cuidar são atos incompatíveis, sendo a abstinência o correspondente higienista da idealização de um mundo sem drogas (SOUZA, 2013, p. 17-18).

Para Souza (2013) a redução de danos trouxe a contraposição da dimensão singular da experiência do uso das drogas, evidenciando aqueles usuários que não têm a abstinência como fim, ou seja, que pretendem continuar usando drogas. Como salientam Lima e Tavares (2012), o posicionamento político da saúde em assumir a área de drogas e propor a estratégia de redução de danos como orientação de sua intervenção, encontra-se diante de uma trincheira espessa, forte, mas com marcas de importantes fissuras que precisam sempre estar em processo de problematização.

Para Lancetti (2006, 2015) redução de danos de danos está intimamente ligada ao conceito de ampliação de vida. O autor destaca que a redução de danos não depende, necessariamente, das ações de redutores de danos para existirem. Isto porque, pauta-se em uma ética de produção de vida sob uma perspectiva centrada no usuário e em sua autonomia, buscando novos agenciamentos afetivos de vínculos e conexões em um campo complexo.

Silva (2014) afirma que a lógica da redução de danos busca subverter um refrão repetido quase ao modo de um cacoete no que se convencionou chamar de “clínica AD” (álcool e outras drogas), segundo a qual só é possível cuidar se o usuário quiser interromper o uso de drogas. Para a autora, a redução de danos aposta que é possível produzir cuidado a partir do lugar e do desejo do outro, muito próximo de algo que Paulo Freire defendia como um norte para a educação, uma dialogicidade verdadeira.

Para Passos e Souza (2011) a produção histórica do estigma do usuário de drogas como uma figura perigosa ou doente sempre existiu e nos permite compreender parte dos problemas que a redução de danos enfrenta quando propõe ser um método de cuidado em saúde que acolhe as pessoas que usam drogas como cidadãos de direitos e sujeitos políticos. Cabe incluir que esse estigma esteve sempre muito mais associado aos usuários de drogas de classes subalternas do que das abastadas. Não se trata de negar os sofrimentos que os usuários de drogas de camadas sociais privilegiadas possam vivenciar.

No entanto, como apontado por Petuco (2012) os usuários de drogas de estratos sociais subalternizados são frequentemente denominados de “zumbis”, “bichos”, “monstros”, “noias”, “cracudos”, dentre outros qualificantes que os desumanizam, o que não ocorre da mesma forma entre os usuários de drogas que pertencem a estratos sociais privilegiados. Como exposto por Vargas (2012), para existir um debate fecundo e potente sobre as drogas, há a necessidade de discutir também seu processo criminalizador. Isto é,

implica desnaturalizar ideias, apontar distorções e erros, historicizar conceitos, arrefecer ódios, paixões e medos, substituir a violência pela inteligência, enfim, abrir o debate, voltar à discussão que foi encerrada pela criminalização (VARGAS, 2012, p. 44).

Acreditamos que além da discussão sobre processo criminalizador, trata-se de compreender suas consequências e o processo desumanizador que nele está envolvido.

Bastos et al (2017) complementam que as ações de prevenção e tratamento do uso de drogas, muitas vezes sem qualquer evidência científica, continuam a se pautar em uma via repressora, condenando e/ou culpabilizando os usuários, sem se voltar para a questão dos determinantes sociais e os ensejos de criminalização. Trata-se de ações que produzem vulnerabilidades sociais e psicossociais que estão na base do uso problemático relacionado às drogas.

Considerando essas concepções, cabe registrar o desenvolvimento das ações e práticas de redução de danos no Brasil. Segundo Passos e Souza (2011) a redução de danos foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil no município de Santos no ano de 1989, quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso de drogas injetáveis. Ou seja, a redução de danos teve início como uma proposta inicial e estratégica de prevenção ao HIV entre usuários de drogas injetáveis que desenvolveu o Programa de troca de Seringas (PTS).

Segundo Souza (2007) o campo de nascimento da redução de danos (RD) é composto por pontos de tensão, rupturas e alianças. Para compreendê-lo, o autor o separa em três tempos: 1) momento anterior ao próprio surgimento da RD; 2) o contexto histórico e político em que a RD surge e 3) uma análise do devir da própria RD, onde seus esforços confluem de que a RD é “um método clínico-político que possui uma face voltada para um plano de ação concreta e atual (dispositivos) e uma face voltada para um plano abstrato e virtual (paradigma)” (SOUZA, 2007, p. 17).

Ao reconstruir a história da redução de danos por meio de seu percurso clínico-político, operado na passagem do contexto local de Santos para um contexto nacional no Ministério da Saúde, Souza (2007) ressalta que, no Brasil, a redução de danos nasceu de uma concepção reduzida de prevenção às DST/AIDS entre usuários de drogas injetáveis para uma proposta ampliada de produção de saúde, bem como de uma dimensão concreta de troca de seringas para uma dimensão abstrata de paradigma da política do Ministério da Saúde para álcool e outras drogas.

Segundo Souza (2007) o aparecimento da RD em Santos foi marcado pelo confronto entre as forças totalitárias e contrárias à democracia que estavam diante de uma nova

Constituição (1988). O início da RD em Santos dividiu a história da saúde pública de atenção aos usuários de álcool e outras drogas em “um tempo do que eram as práticas hegemônicas em saúde para usuário de drogas e um tempo do que viria a ser a atenção em saúde para esta população marginalizada pelo próprio Estado” (SOUZA, 2007, p.11). Deste modo, a redução de danos fez emergir na cena pública o cenário crítico dos índices de infecção pelo vírus HIV e a necessidade do Estado democrático enxergar e atender uma população que sempre esteve à margem, tais como os usuários de drogas injetáveis, homossexuais, as profissionais do sexo e população em situação de rua.

Até o início dos anos 1990 a atenção ao uso de drogas na esfera pública estava a cargo dos Centros de Referência Nacional (ANDRADE, 2011). Em 1990 foi criado por meio da lei 8.080/1990 e 8.142/1990 o Sistema Único de Saúde (SUS) e, nesta época, os profissionais realizavam as ações de prevenção do HIV/Aids entre os usuários de drogas injetáveis de maneira clandestina, sem autorização do Estado, por meio do Instituto de Estudos e Pesquisas em Aids de Santos (IPEAS). Em 1993 o IPEAS teve o primeiro projeto oficial financiado pela Coordenação Nacional de DST/Aids. Já em 1994 o projeto “drogas e Aids” é formalizado pelo MS e pelo Programa das Nações Unidas para o controle Internacional de Drogas (UNDCP), oficializando a redução de danos como estratégia de resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids (BRITES, 2006).

A partir daí outros projetos surgiram, a exemplo do programa troca de seringas do PROAD, CETAD, ações de campo em Porto Alegre, Bahia, dentre outros estados. Neste período o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN) publicou parecer favorável à realização de ações de trocas de seringas. E em 1995 o advogado Maurides Ribeiro fez o primeiro *habeas corpus* para que redutores de danos pudessem desenvolver o trabalho sem o risco iminente de prisão arbitrária<sup>14</sup>.

No início do ano 2000 existiam mais de 600 Programas de Redução de danos voltados à prevenção de IST/Aids com financiamento governamental. Ao longo daquela década o apoio, que já era marginal, começou a declinar, pois parte do financiamento era fornecido de organismos de controle do HIV/Aids e, na época, havia poucos estudos sobre a hoje comprovada vulnerabilidade de outras drogas para o HIV/AIDS.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Anotações pessoais de dados obtidos durante o Seminário do “Baque ao Crack”: 30 anos de redução de danos no Brasil, realizado nos dias 4 e 5 de abril de 2019 na cidade de São Paulo.

<sup>15</sup> Ressalta-se que muitos profissionais e teóricos realizam a autocrítica de terem presumido que o alto índice de infecção por HIV/Aids estaria relacionado essencialmente aos usuários de drogas injetáveis. Com o declínio do uso de cocaína injetável no Brasil, a política de HIV/Aids perdeu a centralidade na prática de redução de danos nos anos 2000-2010, mas atualmente nota-se que o uso de outras drogas podem envolver práticas sexuais desprotegidas, o que talvez justifique o aumento dos índices de infecção por HIV/Aids na última década. Fonte:

No plano internacional, de acordo com Bastos, Karan e Martins (2003), os Programas de Trocas de Seringas (PTS) nasceram na Holanda na década de 1980. Diante do aumento de contaminações de hepatites, causadas pelo compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis, os grupos de usuários passaram a criar, de modo autônomo, estratégias pessoais/grupais para se protegerem. Tal feito denota que a ação não surgiu dos profissionais da saúde pública, mas da relação autônoma, de auto-cuidado e de solidariedade entre usuários de drogas injetáveis.

Para Santos, Soares e Campos (2012) a origem da redução de danos está localizada em período anterior, quando da publicação do Relatório de Rolleston (O'HARE, 1994 apud SANTOS, SOARES e CAMPOS, 2012), o qual indicou que os usuários dependentes de opiáceos poderiam receber estas drogas sob prescrição de um médico, a fim de obter uma vida mais estável e mais útil à medida que a dependência fosse diminuída e/ou cessada. Aqui, o foco não eram as doenças infectocontagiosas, mas o grau de dependência das substâncias.

Bebendo na fonte deleuzeana, ressalta Souza (2013), que foi então um pequeno grupo que iniciara a construção de um novo plano discursivo sobre si e suas experiências, antes silenciado e posto na invisibilidade. Sendo assim, a prática de troca de seringas teve nascimento não no saber teórico ou científico, mas das massas. Acreditamos que este é um dos motivos para a dificuldade de encontrarmos uma definição do que é redução de danos hoje, o que não torna o campo infértil, só demonstra que de fato ainda está em processo, construção.

Ao longo dos anos a redução de danos, no Brasil, tornou-se estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas exclusivamente na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde aos usuários de álcool e outras drogas. A diversificação das ofertas em saúde para estes usuários sofreu significativo impulso quando, em 2003, as ações de redução de danos deixaram de ser estratégia exclusiva dos Programas de IST/AIDS e se tornaram uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para atenção integral a Usuários de Álcool e outras drogas e da política de Saúde Mental (PASSOS e SOUZA, 2011).

Conforme escreveu Andrade (2011), a redução de danos evoluiu de uma prática médico sanitária de prevenção as IST/AIDS, reduzida muitas vezes a ação da troca de seringas, para a concepção atual de uma política de saúde cujos princípios e práticas têm como objetivos reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de drogas. Ademais, tais

objetivos são pautados no protagonismo da população alvo, no respeito ao indivíduo e no direito deste às suas drogas de consumo, sem necessariamente permanecer em abstinência.

A maioria dos programas estrangeiros continua chamando-se PTS, sendo o Brasil uma exceção. Os PTS ampliaram suas atividades de maneira progressiva e a própria experiência demonstrou que somente a provisão de seringas não era suficiente para alterar de maneira significativa o comportamento de risco dos usuários, sendo imperativo investir em ações intensivas de aconselhamento (BASTOS, KARAN e MARTINS, 2003).

Assim, as ações de trocas de seringas constituíram-se como um marco importante para o avanço do que se convencionou chamar de redução de danos. Gestadas à margem e na clandestinidade, mesmo após a institucionalização dos programas de redução de danos no Brasil, profissionais enfrentaram enorme resistência de setores da sociedade, os quais entendiam a troca de seringas como ilegal e incentivadora ao consumo de drogas (ANDRADE, 2011).

Contudo, se utilizando das experiências e publicações internacionais, trazendo evidências de que a redução de danos salvava vidas, ao passo que não aumentavam o consumo de drogas e ainda ofereciam grande vantagem na relação custo-benefício para governos e populações, foi possível avançar no conhecimento desta lógica, ainda em estudo entre profissionais da saúde, assistência social, antropólogos, justiça, dentre outros (ANDRADE, 2011).

Em seu percurso brasileiro, a redução de danos realizou alianças com movimentos que incentivaram a saúde para uma “nova democracia” tal qual a Reforma Sanitária e o Movimento AIDS e, a nosso ver, por este motivo redução de danos também aparece associado a movimento social. Souza (2007) denomina redução de danos como um método clínico-político que pode ser realizado por diferentes dispositivos de gestão e atenção, uma vez que atualiza os princípios do SUS, as diretrizes da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas e as próprias funções criadas pela RD.

A redução de danos vem se fortalecendo no Brasil, porém ela não ocorre de maneira linear. Em 2003 foi feita a transferência de responsabilidade sobre a disponibilização dos recursos para as ações de redução de danos do Governo Federal para os estados e municípios. Embora seja competência dos municípios a execução das políticas de saúde, tal transferência foi tecnicamente inadequada (PASSOS e SOUZA, 2011), uma vez que os estados e municípios, de uma maneira geral, não detinham a cultura nem o conhecimento necessários para a continuidade e a expansão destas ações. Isso resultou em certa desarticulação do que

havia sido construído, mas a redução de danos segue sendo debatida e hoje já se tem novos avanços e experiências, tal qual a dos CAPS AD III e os consultórios de/na rua.

Um dos objetivos do tratamento ao usuário de drogas colocados no documento oficial do Ministério da Saúde sobre a política do Ministério da Saúde (MS) para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas aparece da seguinte forma:

Indicar o *paradigma* da redução de danos – **estratégia** de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autoregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à **mobilização social** – nas ações de prevenção e de tratamento, como **um método clínico-político** de ação territorial inserido na **perspectiva da clínica ampliada** (BRASIL, 2003, p. 27, grifo nosso).

Indagando o que é redução de danos e mergulhando nas definições existentes, dentre elas a de “método clínico-político” e a de “paradigma” colocadas no documento do MS citado acima, Souza (2007) afirma que essas definições gerais não possibilitam um conhecimento a ponto de identificá-la como um método ou paradigma de trabalho. Em sua leitura, pressupõe que a redução de danos deveria ser pensada e estudada não por uma natureza própria, mas sim pela sua historicidade, pelo seu processo de mudança.

Em 2013, o mesmo autor definiu que a redução de danos vai deixando de ser um conjunto de estratégias para tornar-se então um conceito que abrange diferentes estratégias com um modo pensar, falar, sentir e agir sobre as drogas, sendo então uma “perspectiva” que se atenta às singularidades e as diferentes experiências e necessidades dos usuários de drogas (SOUZA, 2013).

Assim, na perspectiva de redução de danos, a abstinência pode ser uma meta terapêutica, mas não a única possível ou não como um fim em si mesma. Apesar dos objetivos éticos e pragmáticos da redução de danos estarem bem expostos na política do MS, para Souza (2013) ainda existe muita resistência à proposta, tanto no campo da saúde quanto no conjunto da sociedade civil.

Ao analisar as resistências dos profissionais à implementação efetiva da redução de danos nos dispositivos de atenção psicossocial, Souza et al (2017) verificam que essa resistência constitui-se como eixo de elaboração de reflexões críticas entre os trabalhadores envolvidos, o que demonstra que a consolidação da redução de danos é ainda atravessado por concepções ornadas ao paradigma da abstinência e que ainda se interpõem nas práticas institucionais. Tais resistências, em última instância, prejudicam o próprio exercício da cidadania dos usuários dos serviços.

Em Moraes et al (2015) a redução de danos também aparece como um método

político-clínico. De perspectiva emancipatória, os autores dão ênfase ao poder do conhecimento instituído no campo das drogas. No entanto, em nível das políticas públicas, a redução de danos indicaria a existência de alguns conflitos, seja pela incerteza do que realmente funciona ou pela dificuldade de um projeto de emancipação destes sujeitos.

Para Acselrad (2000), o problema das drogas é uma construção social e o tratamento pela perspectiva da redução de danos pode ser pensado como “educação para autonomia”, onde são identificados os modos e tipos de usos de drogas, esclarecidas as diferentes relações estabelecidas com a droga e, assim, as diferentes possibilidades de ação educativa. Em relação ao uso não dependente de drogas a autora sugere que ao invés de medicalização e ação policial, poderiam ser trabalhadas as questões da percepção dos riscos e do acompanhamento. Já no uso dependente e grave, propõe um apoio na formulação da demanda de tratamento e do encaminhamento, respeitando as peculiaridades, sustentando uma relação de confiança e acompanhamento, buscando desfazer terrores e discriminações.

O campo da redução de danos tem ganhado corpo com o passar do tempo, é o que demonstram Nardi e Rigone (2009). Os autores realizaram um mapeamento de 11 programas/ações de redução de danos em Porto Alegre e concluíram que, se considerarmos que há alguns anos não era possível pensar uma estratégia como a redução de danos e muito menos vislumbrar a existência de um movimento social que defendesse a cidadania do usuário de drogas, talvez já se tenha avançado bastante, porém não o suficiente.

Segundo os pesquisadores, é necessário avançar na questão do financiamento, pois alguns programas de redução de danos são desenvolvidos a partir de ações de complementaridade nas parcerias entre o governo e a sociedade civil, onde não está clara a forma como o governo estabelece suas relações com a sociedade civil, assim como a forma como esta compreende as ações do governo. Isso é um dos fatores que dificultam a sustentabilidade dos programas e ações de redução de danos.

Para Nardi e Rigoni (2005) a rede enunciativa que busca definir a redução de danos se ampara na promoção do exercício da cidadania do usuário, reconhecendo a condição de cidadão portador de direitos antes da condição de usuário de drogas. A aproximação do termo redução de danos e cidadania é frequente, mas nos parece que poucos são os documentos que colocam de maneira explícita sua concepção de cidadania ou sugerem de que maneira a redução de danos poderia possibilitar o exercício de cidadania dessa população.

Citando a política norteadora do Ministério da Saúde, observamos que o termo cidadania aparece no subtítulo Promoção e Proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas da seguinte forma:

(...) aponta-se a necessidade de potencializar a prevenção institucional, contrária à culpabilização dos sujeitos, oferecendo de fato, subsídios para o enfrentamento da vulnerabilidade das pessoas em geral e especialmente de populações mais vulneráveis, e por consequência, com maior probabilidade de exclusão, tais como os usuários de álcool e outras drogas. É necessário se ater a uma posição e a uma visão da saúde que a conceba de forma integral, equânime e justa. Há necessidade, desta forma, de mudança no paradigma de “doentes” para novos cidadãos merecedores de direitos e **exercício pleno da cidadania** (BRASIL, 2003, p. 35, grifo nosso).

A nosso ver esta concepção aproxima-se daquela que Nardi e Rigoni (2005) se referiram, a de usuários de drogas como cidadãos de direitos, o direito a ter direitos. O documento oficial ainda reforça a questão de merecedores de direitos e fala ainda em cidadania plena. É importante sempre realizarmos conexões com o cenário no qual a política está inserida, de proibição do uso de drogas, mas também dos aspectos históricos de nosso país. Pensar em cidadania plena por si só já é um desafio, posta a histórica desigualdade social no Brasil.

Dito isso é que ressaltamos a pertinência de discutir a questão da cidadania dos usuários de álcool e outras drogas. Assim, apresentamos a seguir algumas concepções do conceito de cidadania que são úteis à nossa pesquisa.

### 2.3. Cidadania

Afinada às exigências da democracia e de cidadania em sua concepção contemporânea, a Constituição Federal de 1988 define no Título I dos princípios fundamentais o seu primeiro artigo:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I - a soberania;

II - a cidadania;

III - a dignidade da pessoa humana;

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V - o pluralismo político.

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição. (BRASIL, 1988)

A constituição federal de 1988 reconhece os direitos civis, políticos, sociais e ambientais, o que denota aspectos ao fortalecimento da democracia e da cidadania e, por esse motivo, ficou conhecida como constituição cidadã. Não obstante, existe um fosso entre a realidade social, o reconhecimento jurídico e a sua concretização em ato. Desde a promulgação, em especial a década de 1990, o termo “cidadania” esteve presente na fala de inúmeros representantes, como nos coloca Silva (1999, p.64).

Exercer cidadania de maneira plena na sociedade contemporânea é ter direitos civis, políticos e sociais. A história da cidadania é uma história que não têm fim, posto seu processo de luta social, que passa por avanços e retrocessos e segue em andamento para que se amplie, em conceito, mas também em exercício. Porém, no Brasil, uma parcela representativa não tem acesso aos direitos mais elementares, básicos. Nesse sentido, considerando a formação brasileira e seus processos históricos, falar de cidadania e do próprio cidadão brasileiro é uma tarefa complexa. São várias as vertentes teóricas que se debruçam sobre essa temática e são muitos os enfoques possíveis (das ciências sociais, da história, do direito, da economia, da política, da política pública, dentre outros).

É consenso que ao nos debruçarmos sobre estudos acerca da cidadania na era moderna faz-se necessário analisar a obra “Cidadania, classe social e status” (MARSHALL, 1967). De matriz liberal, Marshall escreveu durante período de transição entre o liberalismo e o Estado social, buscando resgatar o conceito de cidadania, redirecionando-o sobre novas bases, de maneira a retratar o seu surgimento e sua evolução. Em sua análise, Marshall (1967, p.66) coloca que a cidadania é um processo historicamente construído, cujo início deveu-se ao reconhecimento dos direitos civis no século XVIII; os direitos políticos no século XIX; e no século XX, são inaugurados os direitos sociais e os direitos ambientais.

Embora partindo de Marshall (1967) apoiamos nossa discussão em autores que ampliam a definição de cidadania, como Martin Hopenhayn, filósofo chileno e ex-diretor da Divisão de Desenvolvimento Social da Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL) das Nações Unidas, que discute os distintos campos em que o exercício da cidadania e a titularidade dos direitos adquirem hoje um caráter problemático, especificamente na América Latina.

De acordo com o autor, nas democracias modernas, cidadania é considerada, historicamente, o vínculo privilegiado entre o social e o político. O conceito de cidadania, e seus conteúdos, têm sido objetos de reflexão filosófica e de desenvolvimento político em pelo menos três grandes linhas: a liberal, a social-democrata e a republicana (HOPENHAYN, 2002, p.5).

A vertente liberal remete o conteúdo da cidadania aos direitos civis e políticos, ao passo que a social-democrata estende o conceito e a sua normativa aos direitos econômicos, sociais e culturais. Já a noção republicana integra a cidadania a mecanismos e sentimentos de pertença do indivíduo a uma comunidade (ou Nação), bem como à participação dos sujeitos na “coisa pública” e na definição de projetos de sociedade (HOPENHAYN, 2002).

Os novos estudos sobre cidadania realizam associações ao tipo de globalização que os países vivenciam, à crise do modelo moderno do Estado-Nação e ao impacto das novas tecnologias de comunicação no exercício cidadão, trazendo as novas contribuições ao conceito e à prática da cidadania. Para Hopenhayn (2012), a globalização causa impacto nos modos da cidadania de maneira paradoxal. Indaga o autor:

A quem recorre o cidadão para reclamar direitos sociais subitamente minguados por um acontecimento financeiro que ocorre muito longe do país em que mora, que lhe resulta muito difuso, e sobre o qual nem ele nem o seu país têm qualquer incidência? Como se organizam as reclamações-cidadãs diante dos vaivéns cíclicos entre endividamento agudo e austeridade súbita, ou ante um padrão produtivo que leva cada vez mais a dissociar as mudanças produtivas da geração de empregos? (2012, p.7).

Enquanto um imaginário global favorável à democracia liberal e o estabelecimento de regimes democráticos escolhidos na América Latina levam a ampliar os direitos civis e políticos, os modos de desenvolvimento que a ordem global instaura nas sociedades nacionais restringem a realização dos direitos econômicos e sociais. Na América Latina, soma-se ainda a distribuição regressiva da renda e à alta informalidade do emprego, que arrasta grande parte da população para a precariedade econômica, a escassa proteção social e à deficiência na articulação dos mais pobres para serem escutados nos espaços de decisões políticas.

Hopenhayn (2002, p.13) considera que a vulnerabilidade é uma realidade e um “fantasma”. As rápidas mudanças no âmbito social, somadas às incertezas e precariedades, culminam em um novo padrão de globalização que exacerba a realidade e o fantasma. Afirma o autor que vivemos um tipo de globalização midiática onde nada perdura e onde as pessoas acabam sujeitadas a um movimento que dissolve informações, imagens, ícones, símbolos e notícias a todo tempo. De outro lado, temos também a globalização financeira que nos expõe às forças desconhecidas e que fogem totalmente ao nosso controle, enquanto a transformação das estruturas produtivas ameaça abandonar grande parte da população, que fica desprotegida. Desse modo crescem a realidade e o fantasma da vulnerabilidade.

Em meio a estes fantasmas da vulnerabilidade, dois destacam-se cada vez mais: a droga e a violência. Estes são percebidas pelas pessoas como forças descontroladas que canalizam a sensação de vulnerabilidade, cuja origem costuma ter relação com a instabilidade do trabalho, a perda de ideologias de referências, a incerteza diante do futuro. De acordo com Hopenhayn (2012, p.13) “provavelmente, a droga e a violência operam aqui como objetos transferenciais, carregados a partir de outros temores, bodes expiatórios da perplexidade ou vulnerabilidade da época. Nesse sentido, operam como fantasmas”.

A droga é um fantasma na medida em que a sua incidência estatística não é

proporcional à sua ressonância simbólica. “Tem algo de signo, de sinal e de sintoma na droga, ou então na projeção significativa que a sociedade faz sobre a substância droga, que faz com que o seu impacto transborde amplamente o seu efeito ou seu dano “mensurável”” (HOPENHAYN, 2002, p.14). Dito de outra forma, a droga parece ativar fantasmas de vulnerabilidade cujo fundamento real está em outros âmbitos da vida social.

No que diz respeito ao aumento da violência, coloca o autor que, somada a preocupação pela segurança, acaba tendo uma dupla relação com a vulnerabilidade capaz de gerar na população uma sensação de ameaça à integridade física ou da propriedade; ao mesmo tempo em que a violência/delito é por vezes uma estratégia de sobrevivência dos grupos subalternos diante escassez de alternativas para superação de necessidades básicas (HOPENHAYN, 2002).

Bebendo em outras fontes, a Assistente Social Machado (2003), em seu artigo “Democracia, Cidadania e Política Social”<sup>16</sup>, traz a contribuição de que a concepção de cidadania é intrínseca à concepção de democracia, sendo uma complementar à outra. Para a autora, ambas têm se colocado como paradigmas na construção de um novo direito das relações sociais, apresentando uma concepção de Estado de Direito. Estado esse que, em seus marcos legais, tem a democracia como sistema político e a cidadania como paradigma de aperfeiçoamento, aprofundamento e garantia desta democracia. Todavia, os moldes sob o qual a política brasileira está inserida não parecem comungar com o progresso da cidadania e, nessa linha de raciocínio, da própria democracia.

Machado (2003) ressalta o primeiro mandato do presidente Lula (PT), onde havia então uma aposta radical de combate à fome, pelo programa de governo “Fome Zero”, a partir do que se discutia a política social e o próprio acesso à cidadania, inflexionando, de alguma maneira, o discurso neoliberal. Sendo essa uma equação polêmica e que gera até hoje muitos embates no cenário político, a autora indaga as possibilidades de aliarmos cidadania, política social e democracia, tendo em vista que o modo de produção da vida social no Brasil fundamenta-se no capitalismo.

Coloca a autora que cidadania, política social, democracia são concepções que nascem no estado capitalista, mas apresenta importante discussão para o debate da cidadania. Na perspectiva liberal, democracia é compreendida como o exercício do poder político, das relações igualitárias e dos direitos iguais. Ainda que sejam legalmente instituídos, em nossa sociedade, o exercício efetivo dos direitos depende do cumprimento de pré-requisitos, como,

---

<sup>16</sup>O artigo é produto de resultado da pesquisa “Mania de cidadania: a democracia e a cidadania na ação profissional do Serviço Social”, a qual a autora coordenou.

por exemplo, o estabelecimento de uma idade mínima para o direito ao voto e a obrigatoriedade de documentos de identificação de controle da vida de cada pessoa (MACHADO, 2003).

Para isso a autora aponta que, na tradição liberal, há o cerceamento do poder dos indivíduos na intenção de limitar o alcance da cidadania. A visão liberal firma-se nos direitos individuais, na ação do Estado, na defesa e preservação da propriedade privada e do livre mercado. No entanto, “a concepção de cidadão, ainda que nuançada por conjunturas sócio históricas específicas é, sempre, parametrada pela ordem burguesa, pelo modo de produção capitalista. É a teoria liberal que funda a ideia de cidadão” (MACHADO, 2003, p.2).

Sendo assim, possuirá o status de cidadão aquele que possui direitos políticos, estando estes legitimados pela propriedade. Sendo a cidadania fundada pela teoria liberal e tendo por excelência o fundamento primeiro a propriedade privada, é importante pensarmos nos limites e possibilidades da cidadania no modo de produção capitalista (MACHADO, 2003), para então pensarmos o exercício de cidadania possível ao usuário de álcool e outras drogas.

De maneira contrária à teoria liberal, a autora traz a importante contribuição da tradição marxista, cuja teoria social crítica reserva importante espaço para a discussão da democracia e da cidadania. Um dos objetivos do marxismo é ampliar os direitos de cidadania, desvinculando-a da democracia e da propriedade. Para tanto é preciso compreender que, no marxismo, há a compreensão de que a desigualdade social é inerente ao modo de produção capitalista e que esta sociedade é produto das ações dos homens, que abarca a sua produção e reprodução. Deste modo, o sistema político democrático apresenta-se de maneira contraditória, pois ao mesmo tempo em que, por exemplo, cria limites de participação da população, possibilita a organização de classe, que pode ampliar as lutas democráticas e pela cidadania.

Essa relação entre o homem e a sociedade é uma relação dialética, “onde o homem se coloca como sujeito da história – individual e coletiva. E, nesse sentido, o homem, não como ser individual, mas como ser coletivo, como classe social, tem poder de transformar a estrutura social” (MACHADO, 2003, p.3). Marx utilizou o termo cidadão, porém em seus estudos demonstrou que é próprio e específico da sociedade burguesa a distinção entre a esfera pública e a esfera privada, onde há uma cisão entre o Estado e a sociedade, emergindo assim a distinção entre o indivíduo e o cidadão. Deste modo, a concepção e a realidade da cidadania na teoria marxista possuirá sentido em uma sociedade onde o público está dissociado do privado.

Machado (2003) expõe que houve um período em que inúmeros pensadores marxistas

defendiam que todas as conquistas do regime de ordem burguesa deveriam ser eliminadas numa nova sociedade. Todavia, a conjuntura sóciohistórica evidenciou que algumas destas conquistas necessitam ser preservadas, o que não significa que a sociedade burguesa possa ser democrática, mas que, “justamente por ela envolver a dominação numa capa democrática, abre espaços para que a luta pela democracia se efetive” (MACHADO, 2003, p. 4). Dito de outra forma, a luta pela democracia e pelos direitos de cidadania abrem possibilidades para lutar contra o sistema de opressão e, deste modo, a luta pela cidadania é uma luta pela ampliação da democracia.

Segundo Tonet (2005) cidadania é uma categoria histórica e concretamente datada, que por vezes é confundida como componente da natureza do ser social, tendo sido volvida em uma espécie de lugar-comum com sinônimo de liberdade. A teoria liberal da cidadania (discutida em Kant, Hobbes, Locke, Rousseau e outros) pressupõe que todos os homens são iguais e livres por natureza, onde as desigualdades sociais seriam os desdobramentos da igualdade e da liberdade ditas naturais (TONET, 2005).

Segundo Tonet (2005), nessa teoria liberal, a busca da realização pessoal, uma exigência da liberdade e da igualdade naturais, teria originado os conflitos existentes na sociedade, tais como a violência. No entanto, na ausência de algo que pudesse inibir esses conflitos, estes poderiam pôr em perigo a própria humanidade. Por este motivo, os homens foram obrigados a se organizar em sociedade e a estabelecer uma autoridade, o Estado, capaz de impedir excessos e estabelecer limites. Aqui, a desigualdade social é considerada constituinte do mundo humano e impossível de ser eliminada, podendo apenas ter seus limites melhor estabelecidos (TONET, 2005).

Para Tonet (2005), ainda que não se falasse em cidadania, a igualdade e a liberdade naturais já se constituíam como sendo a base para o seu desenvolvimento. Nesta compreensão, todos os homens já nascem potencialmente cidadãos e o seu desenvolvimento posterior, complexo e contraditório, seria apenas a concretização daquilo que era possibilidade desde o seu início. Assim, a cidadania é notada mais como uma ferramenta de equilíbrio das desigualdades sociais e não um mecanismo para a sua superação.

Segundo Tonet (2005), opondo-se a essa compreensão, alguns autores como Arendt, Bobbio e Rawls não aceitam a igualdade e a liberdade como determinações naturais, mas sim como produtos sociais. Para este grupo de teóricos não há uma forma de encontrar equilíbrio, já que é impossível superar as contradições existentes entre a liberdade e a igualdade.

Ainda com base nos estudos de Tonet (2005), para outro grupo de teóricos, composto por Lefort, Wood, Chauí e Coutinho, não há uma articulação essencial entre cidadania e

classes sociais e, deste modo, entre cidadania e capitalismo. De natureza no pensamento Aristotélico, para estes autores, o homem é um “animal político” por sua natureza e a condição de cidadão é um elemento constitutivo da “condição humana” (TONET, 2005). Assim sendo, em sua forma concreta, cidadania é historicamente datada, mas a sua natureza essencial acompanha a própria humanidade em desenvolvimento.

Nessa apreensão, compreende-se que a cidadania existiu antes do capitalismo, sendo a relação cidadania-capitalismo estabelecida de modo acidental. Assim sendo, a história da constituição da cidadania demonstra que esta é muito mais o resultado das lutas das classes trabalhadoras do que uma permissão burguesa, sendo desinteressante para esta classe que a cidadania plena seja alcançada pela classe trabalhadora. Nesse ínterim, a realização da cidadania plena necessariamente colide com a lógica do capital, só sendo possível de realizar-se com a sua superação. Deste modo, a luta das classes subalternas é a de afastar as barreiras postas à plena realização da cidadania (TONET, 2005).

Para Chauí (2019), nas chamadas democracias liberais, a cidadania é definida somente pelos direitos civis. De modo contrário, em uma democracia social real, amplia o sentido dos direitos, acendendo um campo de lutas populares pelos direitos econômicos e sociais, opondo-se aos interesses e privilégios da classe dominante. A partir dessa compreensão, tem-se que a democracia propicia uma “cultura da cidadania” (CHAUÍ, 2019, p.89).

Buscando clarificar o significado de cidadania para o Serviço Social, Silva (1999) traz uma visão histórico-conceitual do termo. Para isso a autora coloca que a origem do conceito de cidadania é ambígua, mas que na modernidade está vinculada à Grécia antiga e ao surgimento da cidade, como espaço organizador da vida humana através da esfera pública, que abrange tudo que é comum a todas as pessoas e, da esfera privada, que diz respeito ao que é particular. Assim, é a existência da vida pública que provoca a necessidade de regulamentação de princípios capazes de universalizar a possibilidade do convívio humano.

De acordo com Silva (1999) a análise da institucionalização da cidadania no Estado Moderno demonstra que a preocupação primeira não é mais com a regulamentação de direitos políticos como em sua origem, mas a definição de direitos individuais ou civis.

o elemento fundante no discurso da cidadania fica sendo a ocultação da desigualdade social pela afirmação de que todos os seres humanos são livres e iguais perante à lei. O desvelamento desta contradição é feito por Marshall, quando ele diz que: “A cidadania afirma a igualdade num sistema de desigualdade, por isto há tensão permanente entre cidadania e capitalismo” (MARSHALL, 1954 p.76 apud SILVA, 1999).

Para Silva (1999) o discurso da cidadania era amplamente utilizado pelos representantes dos setores conservadores para justificar o repasse das obrigações do Estado para a sociedade civil. Ela pontua que podemos perceber que, passados alguns anos, apesar de algumas experiências e inflexões, vimos essa ação ganhar corpo e aprofundamento. Mesmo assim, esse discurso tem contribuído para alimentar as lutas populares na retomada do protagonismo da sociedade civil, similar ao que ocorreu na década de 1970, culminando na promulgação da nova Carta Constitucional. Acreditamos que na organização dos trabalhadores e nos investimentos em novas experiências, tem sido possível pensar na ampliação da cidadania da população brasileira.

Concordamos com Silva (1999, p. 64-65) quando esta afirma que o discurso pela cidadania tem sido aproveitado para manutenção do poder, por meio do incentivo aos programas de “defesa e promoção da cidadania” de caráter “solidário” e assistencialista que tomam o cidadão como desprovidos de capacidade crítica (Criança Esperança, Comunidade Solidária, Juventude Solidária, entre outros) e pela defesa de forma abstrata de princípios universais (liberdade e igualdade), enquanto radicalizam mecanismos responsáveis pela desigualdade social, pobreza, mortes.

A autora Cortina, em seu livro “Ciudadanos del mundo: hacia una teoria de la ciudadanía” (1997) busca construir uma teoria para o conceito de cidadania plena, abordando alguns pontos importantes para sua concepção, tais como, a política, o social, econômica, o intelectual, o civil e aquilo que ela considera imprescindível para a cidadania, o processo de educar. A autora fala em construção de cidadania, processo através do qual não só o Estado ou um grupo de cidadãos é responsável pela sua efetivação, mas o conjunto da sociedade. Apresenta assim uma concepção de cidadania dirigida à integralidade do ser humano, ultrapassando a concepção liberal, através do reconhecimento da dialeticidade entre o racional e o moral, o individual e o social, o concreto e o abstrato, a desigualdade e a cidadania (CORTINA, 1997).

Outra autora que faz referência à ideia de “cidadania plena” é Covre (1999). Ao destacar o seu caráter existencial e a sua vinculação com a própria destinação do ser humano, afirma que cidadania:

é o próprio direito à vida no sentido pleno. Trata-se de um direito que precisa ser construído coletivamente, não só em termos do atendimento às necessidades básicas, mas de acesso a todos os níveis de existência, incluindo o mais abrangente, o papel do(s) homem(s) no Universo (COVRE, 1999, p. 11).

Alguns autores enfatizam o caráter sócio histórico e político do conceito, o que nos leva a entender que a cidadania não está dada, acabada, mas dependente do processo e da conjuntura. Para Coutinho (1997) a cidadania visa à conquista da realização humana em seu sentido integral, próximo ao que definiu Covre (1999). Para ele a cidadania plena ou a universalização da cidadania parece incompatível com o capitalismo e, juntamente com a soberania popular e a democracia, representam expressões que preconizam a mesma coisa. Para Coutinho cidadania:

é a capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso de uma democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado. Sublinho a expressão historicamente porque me parece fundamental ressaltar o fato de que soberania popular, democracia e cidadania (três expressões para, em última instância, dizer a mesma coisa) devem ser pensadas como processos eminentemente históricos, como conceitos e realidades aos quais a história atribui permanentemente novas e mais ricas determinações (COUTINHO, 1997, p. 146).

Situando o debate na modernidade, Coutinho ressalta que há nela a presença de um processo tanto dinâmico quanto contraditório, mas de certo modo constante, de aprofundamento e universalização da cidadania, de crescente democratização das relações sociais. Para o autor, esse processo é contraditório, sujeito a avanços e recuos, posto o antagonismo estrutural entre essa universalização e a lógica de funcionamento capitalista, cuja implantação, consolidação e expansão foram também características marcantes da modernidade.

Para Santo (2008, p. 2) cidadania é uma medida de convivência social que se torna realidade na esfera pública. Ela emerge das lutas populares por novos direitos ou pela manutenção dos já existentes. Assim, “o exercício de olhar o outro como um semelhante e agir com reciprocidade possibilita colocar a questão dos direitos no espaço público”. A autora especifica três eixos que centralizam os debates em torno do tema cidadania no Brasil: os aspectos histórico-estruturais que em sua visão são impeditivos de uma cidadania plena; novas formas de participação política pautadas nos avanços da constituição de 1988 e o reconhecimento das diferenças (BORJA, 2004 apud SANTO, 2008).

Por fim, Santo (2008) coloca que um cidadão não é feito ou desfeito por meio de decretos e leis e nos questiona como acontecem as transformações que ampliam a cidadania, afirmando que sem a reivindicação de cidadania e de tratamento igualitário não é possível produzir mudanças. Dito isso é que nos propomos a analisar de que modo a cidadania é

tratada nos documentos oficiais e científicos sobre redução de danos direcionada aos usuários de álcool e outras drogas.

### 3. MÉTODO

Tendo em vista a complexidade e amplitude do objeto de estudo, realizamos um estudo teórico desenvolvido através de revisão documental e revisão narrativa da literatura sobre a relação entre cidadania e redução de danos voltada a usuários de álcool e outras drogas. Trata-se de um aprofundamento e problematização da temática da redução de danos e suas relações com a cidadania, levantando assim os desafios e novas possibilidades. A revisão narrativa é também conhecida como apresentação do “estado do conhecimento” ou “estado da arte”. Para Universitas (2002):

É um estudo descritivo da trajetória e distribuição da produção científica sobre um determinado objeto, estabelecendo relações contextuais com um conjunto de outras variáveis, como por exemplo, data de publicação, temas e periódicos.

Para Soares e Maciel (2000, p. 4), na revisão narrativa é necessário considerar “categorias que identifiquem, em cada texto, e no conjunto deles as facetas sobre as quais o fenômeno vem sendo analisado”. Elias et al (2012) acrescenta que a revisão narrativa é fundamental para a aquisição e atualização do conhecimento sobre uma temática específica, capaz de evidenciar novas ideias, métodos e subtemas com maior ou menor ênfase na literatura científica a ser revisada.

Segundo estudos de Sá-Silva, Almeida e Guindane (2009), a análise documental procura identificar informações factuais nos documentos a partir de questões e hipóteses de interesse do pesquisador, produzindo ou reelaborando conhecimentos e criando novas formas de compreender os fenômenos. A análise documental é considerada uma das técnicas decisivas para a pesquisa em ciências sociais e humanas. Neste trabalho optamos pela palavra “revisão” porque procuraremos identificar e analisar apenas um elemento nos documentos sobre redução de danos: a discussão sobre cidadania e seus correlatos.

Os processos de revisão documental foram realizados de maneira sistemática. O levantamento dos documentos oficiais de governo foi realizado através do sistema de legislação da saúde, Saúde Legis, e outros três *sites*<sup>17</sup> oficiais do governo federal. O levantamento foi iniciado a partir do ano de 2002, ano escolhido em função da criação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas

---

<sup>17</sup> <http://www.in.gov.br/web/guest/inicio>  
[http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG\\_NORMA\\_PESQ\\_CONSULTA.CFM](http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM)  
<http://www2.planalto.gov.br/>

(portaria816/2002) até abril de 2019<sup>18</sup>. Procuramos nos documentos oficiais sobre política de drogas e de tratamento aos usuários de álcool e outras drogas pelas palavras redução de danos, cidadania e 12 termos correlatos: democracia, direitos humanos, proteção social, direito social, política social, emancipação, participação social, justiça social, inclusão social, reabilitação social, integração social, autonomia e reinserção social.

A apresentação e discussão da revisão documental foi feita através de dois grandes blocos: 2002-2012, onde se nota o avanço da redução de danos no país, e 2015-2019, onde há avanço da lógica proibicionista.

Já a revisão da literatura não teve período pré-definido. As buscas foram realizadas nas bibliotecas virtuais de dados científicas e periódicos BVS Salud e Scielo e envolveram os seguintes descritores: “drogas”, “política de redução de danos”, “redução de danos”, “minimização do dano”, “dignidade da pessoa humana”, cidadania, cidadão, “direitos humanos”, “proteção social”, “direito social”, “política social”, “participação social”, “justiça social”, democracia e “direitos sociais”.

Os critérios de exclusão respeitaram o seguinte processo: primeiro eliminamos os arquivos repetidos, depois aqueles que não possuíam o texto completo. Realizamos a leitura integral dos resumos, buscando identificar aqueles relacionados aos objetivos da pesquisa. Nossos critérios de exclusão dos artigos considerados sem relação com a pesquisa envolvem: artigos que não tratam da temática da redução de danos; artigos que abordam a redução de danos relacionada a públicos que não envolvem pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

Tendo em vista a natureza de nossa pesquisa teórica, a categorização só pôde ser definida e realizada a partir dos resultados encontrados, bem como de uma leitura crítica dos mesmos. Assim, a apresentação de nossa revisão narrativa da literatura foi dividida em três categorias, às quais denominamos “prismas”. Estes estão divididos em prisma do pragmatismo, prisma da humanização e prisma da emancipação.

Cabe registrar que após leitura da literatura científica e dos documentos oficiais, buscamos analisá-los à luz de autores que apresentamos em nosso marco teórico-conceitual tais como, Ana Pitta; Benedetto Saraceno; Benílton Bezerra; Eduardo Mourão Vasconcelos; Fernanda Nicácio; Fernando Tenório; Paulo Amarante e Roberto Tykanori, além de contribuições de autores que tratam da redução de danos como Antonio Lancetti; Eduardo

---

<sup>18</sup> Tendo em vista nosso período de defesa da dissertação, os documentos do ano de 2019 correspondem aqueles publicados até 30/04/2019

Passos; Francisco Inácio Bastos; Henri Acelrad; Rita Cavalcante Lima; Tadeu de Paula Souza e Tarcísio Matos de Andrade.

Durante nossas análises, isto é, no decorrer da pesquisa teórica, outros aportes fizeram-se necessários. Sendo assim, utilizamos dos estudos de: Brito (2018); Carvalho (2009); Ferreira Neto et al (2011); Hari (2018), Karam (2003), Leal (2000); Machado e Miranda, (2007); Prado, Sá e Miranda (2007), Rocha (2015) e Tedesco e Souza (2009).

#### 4. REVISÃO DOCUMENTAL

Este capítulo apresenta a revisão documental que teve como fonte de dados: documentos oficiais, as leis, portarias, os decretos e as demais normativas publicados de 2002 até abril de 2019. Conforme sinalizamos acima, a escolha do período está relacionada à publicação da portaria 816/2002 que instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, o qual demarcou um período de emergência da temática das drogas nos setores governamentais, com alterações significativas na conformação das políticas públicas voltadas para o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas nos anos 2000.

A busca pelos documentos oficiais que compõem a revisão documental foi realizada através de sites oficiais do governo e do sistema de legislação em saúde, saúde legis, totalizando o total de 26 documentos. Realizamos um quadro descritivo (quadro ilustrativo 1, em anexo), no qual elencamos os documentos por tipologia (portaria, lei, decreto, resolução); seu número correspondente e ano de promulgação; o governo à época; quem aprovou o documento (Ministério da Saúde, Casa Civil, Câmara dos deputados, dentre outros); a que se destina (o que institui, o que orienta, dentre outros) e, por fim, quantas vezes os descritores redução de danos, cidadania e os 12 termos correlatos que usamos por aproximação, de acordo com nosso referencial teórico, aparecem.

Como pode ser visualizado no Quadro ilustrativo 1 “Documentos oficiais sobre política de drogas e cuidado aos usuários de álcool e outras drogas (2002-2019)” identificamos um total de 26 documentos, sendo estes: 15 portarias, 4 resoluções; 4 decretos, uma lei, um texto básico de saúde, um relatório final de Conferência Nacional de Saúde Mental, uma nota técnica e uma medida provisória. Do total de 26 documentos, 16 estão compreendidos entre 2002 e 2012 e os outros 10 entre 2015-2019.

Como veremos, de 2002 até 2012 estão compreendidos os documentos de maior propulsão à redução de danos. Em 2012 foi observada a primeira grande inflexão contrária à redução de danos, que diz respeito ao custeio para Comunidades Terapêuticas (CTs), através da portaria 131/2012 (BRASIL, 2012), promulgada durante o governo de Dilma Rousseff (PT). Nos anos 2013 e 2014 não foram promulgados documentos referentes à temática de estudo. De 2015 até 2019 são identificados recuos, realinhamentos, reordenamentos de financiamentos na legislação sobre drogas e na política de saúde mental, com importante impacto no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Observa-se, então, reaquietamento

do financiamento público de leitos em Comunidades Terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos e, ainda, o direcionamento de abstinência total na nova Política Nacional Sobre Drogas (BRASIL, 2019c). Cabe salientar que a redução de danos nunca se tornou uma política pública de saúde e/ou segurança pública. Nas legislações em que é mencionada, aparece de inúmeras formas, tais como:

- redução de danos e riscos sociais e à saúde/vida, associada à Constituição Federal de 1988 (Portaria nº 816/2002; decreto nº 4.345/2002; Decreto nº 4.345/2002; Portaria nº 1.028; decreto nº 6.117/2007; decreto nº 9.761/2019);
- estratégia de prevenção (Portaria nº 816/2002; decreto nº 4.345/2002; decreto nº 4.345/2002);
- estratégia de tratamento (Portaria nº 1.028);
- estratégia para minimizar riscos (decreto nº 6.117/2007);
- norteador ético (Portaria nº 1.190/2009);
- método, abordagem clínico-política e paradigma (Política do MS/2003); estratégia oficial para atenção aos usuários de drogas no âmbito do SUS (Política do MS/2003);
- “lógica estratégica” (Portaria nº 2.197/2004);
- “perspectiva” (Decreto nº 7.637/2010),
- política (IV CNSM) e
- diretriz (Portaria nº 1.190/2009, e Portaria nº 3.088/2011).

Como se pode observar, o escopo, abrangência e impacto da redução de danos são presumidos de diferentes formas ao longo do tempo nos documentos oficiais. A maior parte trata como uma estratégia, onde alguns apontam a redução de riscos e agravos e outros citam prevenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. No entanto, há documentos que se reportam à redução de danos como norteador ético, ou como uma política, instituindo-a de forma mais abrangente. Ao longo da dissertação indicaremos que essa diversidade de compreensões também se manifesta na produção acadêmica sobre o tema.

Para facilitar e qualificar nossa apresentação e discussão dos documentos, tendo em vista que guardam consigo algumas características específicas, esta será dividida em dois grandes períodos: de 2002 até 2012 e de 2015 até 2019.

## 4.1 Documentos Oficiais de Governo (2002-2012): avançando na redução de danos

Este bloco é composto por 16 documentos, sendo 9 portarias, 3 decretos, 1 lei, 1 resolução, 1 texto básico de saúde, 1 relatório final de conferência. No quadro abaixo identificamos os documentos por tipologia, número/ano e a que se destinam.

**Quadro ilustrativo 2 - Documentos oficiais sobre política de drogas e cuidado aos usuários de álcool e outras drogas (2002-2012)**

<b>TIPOLOGIA</b>	<b>NÚMERO/ANO</b>	<b>A QUE SE DESTINA</b>
<b>Portaria</b>	816/2002	Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas
<b>Decreto</b>	4.345/2002	Política Nacional Antidrogas
<b>Textos básicos de Saúde</b>	2003	A política nacional do ministério da saúde para atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas
<b>Portaria</b>	2.197/2004	Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas
<b>Resolução</b>	Nº3/GSIPR/CH/CONAD/2005	Política nacional sobre drogas
<b>Portaria</b>	1.028/2005	Determina e regula que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência
<b>Lei</b>	11.343/2006	Criou o SISNAD (Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas)- lei de drogas
<b>Decreto</b>	6.117/2007	Política Nacional sobre o Álcool
<b>Portaria</b>	1.190/2009	PEAD 2009-2010
<b>Decreto</b>	7.179/2010	Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras

		Drogas
<b>Relatório Final de Conferência</b>	IV CNSM/2011	Saúde Mental e Intersetorialidade
<b>Portaria</b>	2.488/2011	Aprova a PNAB
<b>Portaria</b>	3.088/2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)
<b>Portaria</b>	130/2012	Redefine o CAPS AD III e os incentivos financeiros
<b>Portaria</b>	131/2012	Apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as CT's voltados aos usuários de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da RAPS
<b>Portaria</b>	121/2012	Institui a UA para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas no componente de atenção residencial de caráter transitório da RAPS.

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Para compreendermos os documentos promulgados no período de 2002 a 2012 é importante lembrar que logo após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001) na qual regularizou a indicação da internação psiquiátrica, abrindo caminho para discussões mais amplas, incluindo o caminho, o lugar e tratamento do usuário de álcool e outras drogas, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). A III CNSM já se recomendava que a atenção aos usuários de drogas deveria ser organizada em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio sociocultural e articulados à rede de saúde e social.

Neste cenário de aumento e qualificação das discussões do cuidado ao usuário de drogas no âmbito do SUS e da RPB, durante o segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso (PSDB), o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria 816/2002 (BRASIL, 2002a), que criou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, devendo este ser de responsabilidade conjunta do Ministério da Saúde e das Secretárias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Enquanto Programa Nacional (BRASIL, 2002a) foi instituído após estudos que analisaram o aumento vertiginoso do consumo de álcool e outras drogas, confirmados por

estudos e pesquisas, especialmente do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID). Com a observação dos crescentes problemas relacionados ao uso de drogas pela população adulta e economicamente ativa, houve necessidade de reformulação e adequação do modelo de assistência ofertado. Conseqüentemente, a portaria 816/2002 (BRASIL, 2002a) estabeleceu a reestruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários (BRASIL, 2002a). Em seu artigo terceiro colocou a necessidade de implantação de 250 CAPS ad no período 2002 – 2005 e definiu etapas para a implantação.

Deste modo, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas visava, dentre outras coisas, a adequação, qualificação e aperfeiçoamento do modelo de assistência oferecida pelo SUS ao usuário de álcool e outras drogas, através de dispositivos comunitários. Nesta portaria 816/2002 (BRASIL, 2002a) a redução de danos aparece como uma estratégia e a maior novidade é que este Programa assumiu, pela primeira vez, a definição de uma política de Estado para o tratamento aos usuários de álcool e outras drogas em dispositivo comunitário.

Como visualizado no quadro informativo 1, a Portaria 816/2002 (BRASIL, 2002a) não menciona o termo cidadania. As palavras que mais se aproximam de nossa compreensão teórica acerca da concepção de cidadania aparecem como “reabilitação social” e “reinserção social”, ambas colocadas em paralelo quando descrita a necessidade de estruturação e fortalecimento da rede de serviços não só de saúde, mas sociais, centrados na atenção comunitária.

O termo redução de danos também é colocado somente uma vez, amparado na Política Nacional Antidrogas, vigente à época, que compreendia a redução de danos sociais e à saúde como intervenção de caráter preventivo. Além disso, deveria ser incluída entre outras medidas a serem desenvolvidas, sem representar prejuízo a outras modalidades e estratégias de redução da demanda do uso de drogas. Ou seja, redução de danos não aparece neste documento como alternativa de cuidado ao usuário de drogas, salva a sua utilização como estratégia de prevenção. Isto é, apesar da proposta avançada de um programa comunitário para uma rede extra-hospitalar que atenda usuários de drogas, o documento não propõe a redução de danos como alternativa para o acompanhamento, nem ressalta de que modo esse deverá ser feito, ainda que busque promover o cuidado no território e ressalte a importância de capacitação continuada dos profissionais (BRASIL, 2002a).

A ligação entre redução de danos e cidadania na Portaria 816/2002 (BRASIL, 2002a), é simplista, posto que redução de danos é compreendida de maneira reducionista, ligada exclusivamente à prevenção. Contudo, o documento ressalta a prevenção do uso em determinadas clientela (crianças, adolescentes, gestantes). No nosso ponto de vista, tal ênfase na prevenção, quando não relacionadas à repressão do uso somente, pode ter caráter de promoção de cidadania. Neste sentido, este documento busca, ainda que de maneira não aprofundada, a promoção da cidadania dos usuários de drogas, com foco na população de maior risco. Isso porque, consideramos que a promoção, em sentido pragmático, estaria ligada ao aumento de dispositivos comunitários de saúde mental voltados à reabilitação e reinserção social.

Logo após a Portaria 816/2002 (BRASIL, 2002a) foi instituída, por meio do decreto nº 4.345/2002 (BRASIL, 2002b), a Política Nacional Antidrogas que estabeleceu objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas. Tal documento afirma, tão logo na introdução, que o uso indevido de drogas é fator de grave ameaça à humanidade e à estabilidade das estruturas e valores políticos, econômicos, sociais e culturais de todos os Estados e sociedades.

Vinculada ao paradigma proibicionista e de “guerra às drogas”, o decreto compreende que o uso indevido de drogas ameaça a soberania do país, afetando sua estrutura social, bem como sua economia interna. Para interromper a ameaça de instabilidade que as drogas trazem à sociedade e aos seus cidadãos, faz-se necessário um governo que adote postura “firme” de combate às drogas ilícitas. De modo articulado e em parceria com a sociedade, objetiva-se aperfeiçoar os mecanismos de prevenção e repressão às drogas ilícitas (BRASIL, 2002b).

Em nossa compreensão, o decreto nº 4.345/2002 (BRASIL, 2002b) apresenta as drogas como grande ameaça à sociedade, sendo necessário um forte combate às substâncias como se essas fossem dotadas de vida e sentido por si só. Tal documento reforça a política de repressão e “guerra às drogas” e pode muito mais contribuir com o índice de violência e desestabilizar a estrutura social e cultural do que promover coesão e estabilidade. Isso porque a criminalização de certas drogas não faz com que elas não sejam utilizadas. Ocorre que as pessoas irão submeter-se a situações de perigo e risco para conseguir as substâncias, sem qualquer controle de qualidade e pureza (KARAM, 1993).

Segundo Lima (2010) a revisão legislativa sobre drogas possui importantes desafios, muitos deles produzidos pelo proibicionismo, que criminaliza o mercado não autorizado de

certas drogas. No plano nacional, produz um desenvolvimento desigual e combinado da política sobre drogas. Coloca ainda a autora que a tradição na política brasileira é aquela em que as drogas são objeto fundamentalmente da redução da oferta via repressão policial.

Assim sendo, compreendemos que o combate e repressão à comercialização de algumas drogas, somada a regressão das políticas públicas, fere diretamente o exercício de cidadania da população que, por exemplo, fica a mercê da repressão policial violenta. No que se refere ao termo “cidadania”, observamos uma menção na Política Nacional Antidrogas, especificamente em um trecho de comentário sobre a importância da municipalização para eficácia e materialização dos preceitos estabelecidos na Constituição Federal de 1988.

Na Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2002b) o município é entendido como “célula-máter” da organização político-administrativa do estado brasileiro, pois é neste que os fundamentos da Constituição – “de cidadania, dignidade da pessoa humana, valores sociais do trabalho e livre iniciativa” - podem ser aplicados, à máxima eficácia. Completa ainda que é em território municipal que reside a juventude brasileira, para com a qual toda sociedade há de buscar o resgate ético da dívida criada pelas gerações que a antecederam, por haverem permitido a sua vulnerabilidade às drogas (BRASIL, 2002b). Novamente o documento convoca a sociedade para aliar-se solidariamente junto ao combate do inimigo comum, “drogas”.

A Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2002b) ressalta a importância de prevenção do uso de drogas pelos jovens, compreendendo que a mensagem antidrogas ganhará capilaridade se as ações se derem no âmbito municipal, através da ação de conversa face a face e de “aconselhamento olho no olho”, sendo urgente a organização de Conselhos Municipais Antidrogas.

O termo cidadania é mencionado na Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2002b), mas não discutido. Ao buscarmos nossos termos correlatos, encontramos menção aos “direitos humanos”. O termo aparece quando observada a necessidade de alinhamento da Política Nacional Antidrogas à Constituição Federal no que se refere aos direitos humanos e às liberdades fundamentais de um Estado de Direito, que está em consonância com os compromissos internacionais firmados pelo país.

De seus pressupostos básicos ressaltamos alguns trechos: O pressuposto 2.3 diz sobre a necessidade de “evitar” a discriminação das pessoas pelo fato de serem usuários ou dependentes de drogas. No entanto, a mesma Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2002b) não se refere ao combate à discriminação dos usuários de drogas e sua importância para evitar

prisões arbitrárias por acusação de tráfico de drogas e, tampouco direciona o tratamento adequado aos que dele necessitarem.

Em seu pressuposto de número 2.4 a Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2002b) busca a conscientização do usuário de drogas acerca de seu papel nocivo ao alimentar as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros. Este argumento é muito utilizado nos veículos de mídia, mais próximo do senso comum, especialmente àquele que busca retirar usuários de drogas das chamadas “cracolândias”<sup>19</sup>. Como salientado por Lancetti (2012), “ao longo da história as manobras proibicionistas só alcançaram poder legal quando os meios de comunicação conseguiram convencer a população da existência de uma epidemia ou de pestes morais”.

De modo geral, observamos, então, que a Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2002b) desconsidera que as mais diversas sociedades usam drogas e que o narcotráfico pouco será combatido com a conscientização do uso pessoal de drogas. Mais do que isso, ignora vivências em cenário de uso de drogas e as discussões provocadas pela comunidade científica que indicam, dentre outras questões, que a violência ligada às drogas ilícitas é criada pela sua proibição (ADORNO, 2010, KARAM, 1993, MACHADO e MIRANDA, 2007), posto que outras drogas, como o tabaco, álcool e psicotrópicos, são produzidos, comercializados e utilizados por meios que não têm a violência como parte inerente. O que denota que a violência talvez esteja muito mais ligada ao processo de sua proibição.

Outrossim, observamos os termos reinserção social e redução de danos, no pressuposto 2.13 da Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2002b), no trecho em que há a proposta de orientar a implantação das atividades, ações e programas de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social. Porém, estas são compreendidas exclusivamente enquanto ações de redução de demanda. Apesar de não ser colocada de maneira unilateral para que as ações culminem em uma redução de demanda de drogas, ela aparece bem menos associada ao cuidado com as pessoas e muito mais ao combate do narcotráfico e ao tráfico de drogas.

Ainda no pressuposto 2.13 a Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2002b) indica que as ações de redução de demanda e de danos devem considerar os determinantes sociais da saúde (DSS) entendidos como renda familiar e nível social; nível educacional; condições ocupacionais ou de emprego; meio ambiente físico; funcionamento orgânico (biológico);

---

<sup>19</sup><http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2017/05/policia-fecha-hoteis-que-abrigavam-usuarios-de-drogas-na-cracolandia-em-sp.html>  
Visitado em Abril de 2019.

herança genética; habilidades sociais; práticas de saúde pessoal; desenvolvimento infantil saudável e acesso ao sistema de saúde.

Baseado nos DSS elencados, em suas orientações gerais para prevenção, ressaltamos o item 4.2.3 que aponta o “esforço especial” de atenção às populações de maior risco para o consumo de drogas e suas consequências, tais como crianças e adolescentes, população em situação de rua, indígenas, gestantes e pessoas infectadas pelo vírus HIV. Como já expressei, a nosso ver, ações de cuidado preventivo voltado a grupos de riscos específicos podem ser importantes para promoção do exercício de cidadania, mas nessa Política (BRASIL, 2002b) parecem estar correlacionadas mais aos interesses do combate ao narcotráfico, à redução da demanda e menos à garantia de direitos da população. Colocadas sob esses aspectos, as ações de prevenção tomam-se ambíguas, guardando proximidade com ações de vigilância, proibição, combate e repressão do uso, o que, nesse aspecto, pode representar o contrário daquilo que chamamos de exercício da cidadania.

Como salientado por Rocha (2015), se os propósitos da “guerra às drogas” fossem, de fato, motivados pela preocupação com as pessoas, a perseguição e combate se dariam junto aos proprietários dos meios de produção de drogas ilícitas, aos grandes empresários do negócio das drogas e aos protagonistas escondidos nos bastidores da legalidade/ilegalidade. Para a autora, a repressão aos pequenos varejistas da venda de drogas ilícitas não constitui combate ao tráfico, mas combate aos jovens que trabalham nas “bocas de fumo”, constituindo-se muito mais uma ação de criminalização da juventude pobre que tem sua força de trabalho explorada pelo tráfico local em regiões de importante vulnerabilidade social.

A Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2002b) elenca todo o artigo sexto para relacionar a “Redução de Danos Sociais e à Saúde”. Sua orientação geral é estabelecer estratégias de saúde públicas para minimizar as consequências adversas do uso indevido de drogas, buscando a redução das situações de risco mais constantes desse uso e seu potencial prejuízo para o indivíduo, para determinado grupo social ou para a comunidade. Redução de danos aqui aparece como diminuição dos riscos.

O reconhecimento da estratégia de redução de danos sociais e à saúde está amparado pelo artigo 196<sup>20</sup> da Constituição Federal, compreendida somente como medida de intervenção preventiva, que deve ser incluída entre as medidas a serem desenvolvidas, sem representar prejuízo ou competição a outras modalidades e estratégias de redução da

---

<sup>20</sup> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

demanda. A Constituição Federal foi instituída no ano de 1988 e apresentou ali uma concepção de redução de danos embrionária quando consideramos o que foi desenvolvido no campo desde então. Assim sendo, a concepção de redução de danos apresentada na Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2002b) é limitada em relação àquilo que a redução de danos representa hoje, o que veremos melhor em nossa revisão narrativa da literatura.

Chamamos atenção para um aspecto de sua diretriz que preconiza o estímulo à colaboração responsável de todos os “cidadãos de bem”<sup>21</sup> com os órgãos encarregados da repressão contra as drogas. A referida Política Nacional Antidrogas (2002b) não esclarece quem são esses cidadãos. Porém, diante do que é colocado em seus pressupostos, diretrizes e da própria ideia de “conscientização dos problemas causados pelo uso de drogas ilegais” e seu apelo inicial por uma sociedade livre de drogas, fica manifesto que aqueles que colaboram com a repressão, denúncia e o combate ao uso de drogas ilícitas são compreendidos como “cidadãos de bem”. Nessa linha de raciocínio, o “cidadão ruim” ou “cidadão do mal” pode ser compreendido como aquele que não colabora com a ideologia de uma sociedade livre de drogas. Posto isso nos perguntamos: que tipo de cidadão seria então aquele que faz uso de drogas? Onde estará localizada a sua cidadania?

Resumidamente podemos concluir que, de caráter bastante ambíguo, a Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2002b) buscou de algum modo estabelecer objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, citando pela primeira vez em um decreto de âmbito nacional a perspectiva de redução de danos sociais e à saúde. Ao mesmo tempo, estabeleceu objetivos e diretrizes para a repressão ao tráfico. Além destas ações, previu estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso abusivo de drogas.

Discussões diferentes daquelas possibilitadas pela Política Nacional Antidrogas puderem ser observadas em um importante documento publicado pelo Ministério da Saúde no ano de 2003, durante o primeiro mandato do presidente Lula (PT) (2003-2006). A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003) não possui força de lei, portaria ou resolução, mas definiu a redução de danos como estratégia oficial para atenção aos usuários de drogas no âmbito do SUS. O documento afirma que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, sendo necessário superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS. Buscando dar subsídio à construção coletiva desse enfrentamento, o Ministério da Saúde (MS) prioriza

---

<sup>21</sup> Diretriz 7.2.1 da Política Nacional Antidrogas: “Estimular a colaboração responsável de todos os cidadãos de bem com os órgãos encarregados da repressão contra as drogas” (BRASIL, 2002b).

ações comunitárias de caráter terapêutico, preventivo, educativo e reabilitador para o acompanhamento integral de usuários de álcool e outras drogas e seus familiares.

O MS reconhece a histórica exclusão desigual, isto é, promoção de acesso desigual aos serviços de saúde, colocando a importância e necessidade de atender de maneira equânime os direitos de cada cidadão, de tal modo que a lógica de atenção integral do SUS inclua os usuários de álcool e outras drogas. O documento ressalta que ao não direcionar políticas públicas específicas a esse público, o Estado deixa um espaço vazio a ser ocupado por outros setores. Tal espaço propiciou, em passado recente, implementação de alternativas de atenção de caráter total e fechado, tendo como lógica de tratamento a busca pela abstinência (BRASIL, 2003).

A Política do MS coloca a necessidade do Estado responsabilizar-se pelo cuidado junto aos cidadãos usuários de álcool e outras drogas, considerando os avanços observados na prática:

a sociedade atual nos disponibiliza uma extensa gama de políticas potenciais, e a sua inventividade e alcance estão em um processo de expansão contínua, sendo então possíveis outras formas de produzir novas possibilidades de vida para aqueles que sofrem devido ao consumo de álcool e drogas. Tal produção não ocorre somente por leis, planos ou propostas, e sim pela sua implementação e exercício no cotidiano dos serviços, práticas e instituições, com a definição sistematizada de responsabilidades para cada esfera governamental (BRASIL, 2003).

Ademais, compreendendo que essa produção do cuidado, que aposta em novas possibilidades de convívio com as drogas e outras formas e possibilidades de vida, não ocorrerá somente por leis, planos ou propostas, o documento recupera a importância de uma ação política racional no campo das drogas por parte da esfera governamental e no exercício no cotidiano dos serviços, práticas e instituições.

A Política do MS (BRASIL, 2003) traz o conceito de cidadania em dois momentos. A primeira menção é realizada num trecho que refere à visão da saúde concebida em sua complexidade, isto é, de forma integral, equânime e justa, o que exige a mudança no “paradigma” de usuários de drogas como “doentes” para o de “cidadãos de direitos” e exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2003, p.35).

A segunda aparição está correlacionada à complexidade das drogas, que requer ações ordenadas em diversos campos, como a atuação das políticas governamentais de saúde, justiça, educação, direitos humanos, trabalho, comunicação e cidadania (BRASIL, 2003, p.45). Não há conceituação e diferenciação dos termos, elencados como “campos distintos”, mas avaliamos que estão ligados à defesa de direitos civis e sociais, posto que o texto da

Política do MS (2003) sustenta ao longo de seu texto a posição de cidadão de direitos aos usuários de drogas. Além disso, afirma que o exercício de cidadania e de direitos está para além do acesso ao tratamento e à saúde.

No que tange a redução de danos, mencionado diversas vezes, ressaltamos alguns elementos importantes que nos ajudam a avaliar o modo pelo qual a cidadania pode ser compreendida. A Política do MS (BRASIL, 2003) aborda a redução de danos como caminho promissor porque reconhece o usuário em sua singularidade, traçando com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo final a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Afirma a redução de danos como um “método” (caminho) não excludente de outros, que está vinculado à direção do tratamento, considerando que cuidar implica em preconizar o aumento do grau de liberdade, de corresponsabilidade do usuário a partir do vínculo com os profissionais.

Ademais, defende que o cuidado seja orientado por uma abordagem clínico-política que não busca apenas “mudanças comportamentais”, de modo que a redução de danos deve ocorrer no território, interferindo na construção de redes de suporte social, buscando outros movimentos possíveis na cidade para as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Espera-se que, com essa abordagem clínico-política, usuários e familiares alcancem graus de autonomia e outros modos de compreender e lidar com a hetero e a autoviolência por vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, utilizando recursos não repressivos e comprometidos com a defesa da vida e a humanização (BRASIL, 2003).

Assim sendo, a Política do MS (BRASIL, 2003) afirma que o lócus das ações de cuidado propostas no documento pode ser os diversos locais onde circulam os usuários, os equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também com a rede de educação, de trabalho, de promoção social, isto é, equipamentos em que a promoção, a prevenção, o tratamento e reabilitação sejam continuados e de modo associado. Além disso, reconhece que há modos possíveis de lidar com a hetero e autoviolência decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, compreendendo que estes são, também, características de ordem humana. Tal posicionamento é de extrema importância, pois por vezes no interior dos serviços e seios familiares essas situações são compreendidas como impossíveis de lidar com cuidado e humanização, estando os usuários no rol dos “intratáveis” (LANCETTI, 2006), sendo submetidos à negação de cuidado humanizado.

Por fim, a Política do MS (BRASIL, 2003) reafirma que o compromisso da saúde é promover ampliação de vida, fazê-la digna de ser vivida. Essa concepção relaciona-se com aquilo que Lancetti (2006, 2015) defendeu ser a redução de danos em saúde: prática de

ampliação de vida. Além disso, parece também estar interligada a concepção de cidadania tratada por Covre (1999), a qual indica que o alcance da cidadania plena é o próprio direito à vida em seu sentido pleno.

Em 2004, em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH, BRASIL, 2004a), isto é, buscando pôr em prática os princípios que regem o SUS no cotidiano dos serviços de saúde, e operacionalizar mudanças nos modos de gerir e cuidar por meio da ampliação da atenção integral à saúde e da intersetorialidade, foi publicada a Portaria 2.197/GM (BRASIL, 2004b). Esta, dentre outras providências, redefiniu e ampliou a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, instituindo o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, cujos principais componentes são:

- I - componente da atenção básica;
- II - componente da atenção nos CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas;
- III - componente da atenção hospitalar de referência; e
- IV - componente da rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS (BRASIL, 2004).

A Portaria 2.197/GM (BRASIL, 2004b) não descreve como deve se dar o cotidiano dos dispositivos correspondentes aos componentes acima citados, mas determina a adoção da lógica de redução de danos como estratégica para o êxito das ações desenvolvidas pelos componentes I e II. Observa-se, então, que a redução de danos passou por um rearranjo, pois esteve vinculada desde seu nascedouro ao campo das políticas de IST/AIDS e, a partir dessa portaria, passa a ser importante diretriz na Política de saúde mental.

Ainda que não indique a adoção da redução de danos como lógica e estratégia para todos os equipamentos que exercem algum cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, essa é uma portaria importante, pois é a primeira que propõe a lógica de redução de danos não referenciada ao artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (redução de danos e riscos sociais e à saúde) – a exemplo da portaria 816/2002 GM e do decreto 4.345/2002, anteriores a esta portaria em questão –. A portaria utiliza como parâmetro, além da PNH (BRASIL, 2004b), a Política do MS (BRASIL, 2003).

A função principal da Portaria 2.197/GM (BRASIL, 2004b) é a de descrever os dispositivos e a organização necessária para habilitação enquanto serviço público de saúde mental. Assim, existe um importante limite de utilizarmos essa legislação para pensar os aspectos de cidadania associada à lógica de redução de danos. Em geral, o alcance e produção de mudanças nos dispositivos não se dão de maneira automática e concomitante às legislações, não sendo possível afirmar que a partir de 2004 todos os dispositivos da atenção

básica e da rede especializada passaram atuar sob a lógica da redução de danos conforme indicado por esta portaria.

Todavia, afirmar a necessidade de adoção da lógica da redução de danos como estratégia indica o reconhecimento de que a abstinência não é a forma única de tratamento, permitindo que os usuários, em sua diversidade, possam ter outras formas de acesso ao cuidado em saúde. Tendo em vista que utiliza como parâmetro a Política do MS (BRASIL, 2003) e a PNH (BRASIL, 2004a) é possível deduzir que a portaria busca alinhar-se na defesa e preservação da cidadania dos usuários de drogas e na humanização das práticas de cuidado a essa população, expressas nos dois documentos de referência.

Em 2005, o Conselho Nacional de Política Sobre Drogas (CONAD) aprovou a resolução N°3/GSIPR/CH/CONAD que instituiu a Política Nacional sobre Drogas. A primeira mudança mais clara está em seu próprio título, já que a Política Nacional existente era “Antidrogas”. A alteração para “sobre drogas” não indica por si só uma visão não proibicionista, pois já em seus pressupostos a resolução deixa evidente sua perspectiva de buscar, incessantemente, a construção de uma sociedade protegida do uso de drogas, bem como promover a conscientização de que o uso de drogas (ilícitas) alimenta as atividades e organizações criminosas (BRASIL, 2005a). Deste modo, tal qual o decreto 4.345/2002 (BRASIL, 2002b) segue a direção proibicionista e a intenção de uma sociedade livre de drogas.

Contudo, do ponto de vista da criminalização do usuário de drogas ilícitas, a resolução avança ao reconhecer a necessidade de diferenciação do usuário e do traficante de drogas e de garantia de tratamento a toda pessoa com problemas decorrentes do uso de drogas. Prioriza os aspectos de prevenção do uso, por avaliar de maneira econômica a maior eficácia e menor custo para sociedade. Outro aspecto importante é a indicação de estratégias de redução de danos no tratamento ao usuário e o destaque à importância de não confundi-las com o incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção (BRASIL, 2005a).

Nesse documento, a orientação geral para a redução de danos sociais e à saúde é a de promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, devendo ser realizada articuladamente com a rede inter e intra-setorial, buscando a redução dos riscos, assim como suas consequências adversas e os danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade (BRASIL, 2005a).

Observamos que a Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005a) também se baliza a partir do reconhecimento da estratégia de redução de danos colocada pelo artigo 196 da

Constituição Federal, isto é, compreende como medida prevenção ao uso de álcool e outras drogas. Contudo, devemos admitir que, mesmo limitando a questão da redução de danos como ação de prevenção, a amplia para intervenções assistenciais, de promoção da saúde e dos direitos humanos, não observados no decreto 4.345/2002 (BRASIL, 2002b).

O conceito de cidadania não aparece nenhuma vez na Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005a). Direcionada para a prevenção ao uso de substâncias ilícitas, em seus princípios dá enfoque aos contextos familiar, escolar e comunitário. Os termos reinserção social e reinserção psicossocial aparecem repetidas vezes, sempre ao lado de termos como “tratamento”, “recuperação” e “redução da oferta”. Não fica clara a indicação sobre estratégias e mecanismos para a viabilização de tal inserção e de como esta reinserção deve ser pensada. Muitas vezes aparece associada a uma ideia de o usuário “estar livre das drogas” para que, assim, automaticamente, possa estar “reinserido socialmente”. Deste modo, concluímos que não podemos afirmar de que modo a cidadania desses usuários é ou não reconhecida, ao passo que, mesmo sem colocar de maneira explícita, preconiza a abstinência total do uso de drogas.

Também em 2005 o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 1.028/2005 na qual definiu em seu 2º artigo que a Redução de Danos sociais e à saúde seja desenvolvida por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados ao uso, sem necessariamente intervir na oferta ou no consumo de drogas (BRASIL, 2005b).

Nessa portaria, a palavra cidadania não aparece nenhuma vez, mas o termo “direitos humanos” aproxima-se do conceito como pudemos notar no 9º artigo, o qual estabelece que as ações de redução de danos devam ser desenvolvidas em consonância com a promoção dos direitos humanos, respeitando a diversidade dos usuários. Indica, ainda, que em todas as ações de redução de danos devem ser preservadas a identidade e a liberdade da decisão do usuário sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento (BRASIL, 2005b), o que denota a utilização do conceito de redução de danos para garantia de respeito e cuidado ao usuário de álcool e outras drogas.

Em 2006 tivemos a promulgação da Lei nº 11.343 de 2006 que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e ficou conhecida como Lei de Drogas. Seu escopo é articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e, ainda, as ações de repressão ao tráfico. A redução de danos não é citada (BRASIL, 2006).

A Lei é motivo de discussão e muita controvérsia no cenário político e científico. Seus aspectos inovadores dizem respeito ao fim do tratamento obrigatório para dependentes de drogas e a concessão de benefícios fiscais para iniciativas de prevenção, tratamento, reinserção social e repressão ao tráfico. A “promoção de valores éticos, culturais e de cidadania” é colocada como um dos princípios norteadores do SISNAD e reconhecida como fator de proteção em relação ao uso de drogas. O 18º artigo estabelece que caberá ao SISNAD regulamentar as atividades de prevenção do uso indevido de drogas, aquelas direcionadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção (BRASIL, 2006), mas não apresenta como se dará esse planejamento.

Em seus princípios, a Lei trata do respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à autonomia, liberdade, à diversidade e às especificidades populacionais existentes, bem como da promoção de consensos nacionais, de ampla participação social, para o estabelecimento dos fundamentos e estratégias do SISNAD. Esses aspectos parecem coadunar-se às diretrizes da Política Nacional do MS (BRASIL, 2003), mas, por outro lado as contradizem quando definem que as estratégias do SISNAD devem contribuir para a inclusão social do cidadão, buscando torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados (BRASIL, 2006). Assim, a inserção social e o resgate de cidadania do usuário de drogas ganham aspectos essencialmente morais e comportamentais em relação ao seu uso de substâncias.

A referida Lei nº 11.343 (BRASIL, 2006) já esteve em discussão no Supremo Tribunal Federal (STF) algumas vezes devido à sua falta de precisão para diferenciar o usuário de drogas do traficante de drogas e sua consequente colaboração para o aumento do encarceramento em massa no país – segundo dados de 2016 do Instituto Trabalho, Terra e Cidadania (ITTC)<sup>22</sup> o Brasil ocupa o quarto lugar na lista de países com maior número de prisões na América Latina por delitos relacionados às drogas. O Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) e o Ministério da Justiça apresentaram outros dados que revelam que, nos últimos anos, com a vigência da Lei nº 11.343/2006, houve um aumento exponencial do número de indivíduos encarcerados por tráfico de drogas no Brasil<sup>23</sup>.

Durante o segundo mandato do presidente Lula (PT) (2007-2010) foi constituída por meio do decreto 6.117/2007 a Política Nacional Sobre o Álcool. Seus princípios fundamentais

---

<sup>22</sup> <http://itcc.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-2016-final.pdf> Visitado em maio de 2018

<sup>23</sup> <https://www.justica.gov.br/news/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf> Visitado em maio de 2018.

dizem respeito à sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, devendo privilegiar a intersectorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais à saúde e à vida, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira (BRASIL, 2007).

A primeira diretriz da Política Nacional sobre o Álcool (BRASIL, 2007) estabelece a utilização da lógica ampliada do conceito de redução de danos como referencial para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas relativas ao uso de álcool, em todos os níveis de governo. Por redução de danos, compreendem o conjunto estratégico de medidas de saúde pública voltadas para minimizar os riscos à saúde e à vida, especificamente, aqueles decorrentes do consumo de álcool. É competência do Governo, com colaboração da sociedade, a proteção aos que são vulneráveis ao consumo e ao desenvolvimento da dependência de álcool, sendo que tais medidas protetivas devem ser discutidas de modo democrático (BRASIL, 2007).

Além dessa diretriz, ressaltamos aquela na qual a Política Nacional sobre o Álcool define a ampliação e fortalecimento das redes locais de atenção integral no âmbito do SUS para o segmento populacional que possua problemas decorrentes do uso de álcool. É importante destacar que há uma orientação de promoção e facilitação para que essa população possa acessar espaços culturais e de lazer que possam instituir alternativas de estilo de vida que não considerem o consumo de álcool (BRASIL, 2007). Avaliamos essa orientação como importante frente de promoção de cidadania.

Porém, a Política Nacional sobre o Álcool (BRASIL, 2007) não faz utilização do termo cidadania. Quando menciona os aspectos do tratamento, interliga-os à ideia de “reinserção social” dos usuários e dependentes de álcool. Define a ampliação do acesso ao tratamento pelo SUS articulando o tratamento não só à rede pública de saúde, mas aos recursos comunitários não governamentais que realizem tratamento e reinserção social dos usuários e dependentes de álcool, sem mencionar quais são esses estabelecimentos.

No ano de 2009 foi lançado o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) no SUS. Por meio da Portaria nº 1.190/2009, o PEAD adotou a estratégia de redução de danos como norteador ético e diretriz que tomam como base as condições e possibilidades dos usuários. Os aspectos que se aproximam do termo cidadania aparecem nas diretrizes gerais, que aludem questões como direitos, garantia de acesso sem discriminação, direitos humanos e enfrentamento do estigma,

ressaltando o reconhecimento de que para a população usuária de drogas só havia políticas repressivas e de negação de direitos (BRASIL, 2009).

Ademais, observamos outras ligações com nossos termos-chaves quando, ainda nas diretrizes gerais, o PEAD (BRASIL, 2009) trata da necessidade de respeito, promoção dos direitos humanos e inclusão social dos usuários de álcool e outras drogas. Reforça que os usuários têm o status de cidadãos, que devem ser tratados com dignidade e respeito, devendo haver garantia real de acesso ao direito à saúde, ao bem-estar físico e mental, ao tratamento de qualidade, à moradia, à cultura, entre outros (BRASIL, 2009). Nesse documento a cidadania está intimamente ligada ao acesso de direitos e bens sociais como saúde, em seu contexto ampliado, e à habitação.

Destarte, o PEAD (BRASIL, 2009) normatizou os consultórios de rua<sup>24</sup> como estratégias do plano na área da saúde mental, devendo buscar ações orientadas para prevenção, promoção e tratamento por meio de medidas intersetoriais efetivas. Esse dispositivo radicaliza o princípio de universalidade do SUS, ao ofertar saúde à população em situação de rua, o que pode caracterizar uma estratégia importante voltada para ampliação da cidadania dessa clientela específica.

O ano de 2010 ficou marcado pelo aumento da visibilidade do consumo de crack<sup>25</sup>. O Governo Federal lançou por meio do Decreto 7.637/2010 (BRASIL, 2010a) o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas com três grandes objetivos: capacitar de forma continuada, a partir da perspectiva da redução de danos, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas. Para tal, propõe a criação das Escolas de Redutores de Danos (ERD's) do SUS e os Centros Regionais de Referências – CRR's (BRASIL, 2010b). Trata-se de um plano que parece ter sido criado, dentre outros motivos, como resposta ao crescente uso de crack e formação de “cracolândia” das principais cidades

---

<sup>24</sup> Em 2011 foi alterado para consultórios “na” rua pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011).

<sup>25</sup> Cabe registrar que em 2010 foi criado o Projeto de Lei 7663/2010 de autoria de Osmar Terra, o qual busca acrescentar e alterar a Lei nº 11.343 (Lei de Drogas), dispondo sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introdução das circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos artigos 33, 34, 35, 36 e 37, definindo as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas. O projeto propõe a desaprovação do uso de drogas, ainda que ocasional, cooperando com a vontade dos usuários, dos seus familiares e, também, com as disposições de sentenças judiciais para a submissão ao tratamento via internação, isto é, prevê a internação compulsória (BRASIL, 2010a). Nesse ínterim é evidente que não há nenhuma menção ao tratamento por meio da política de redução de danos, assim como não trata diretamente sobre a cidadania dos usuários. O PL não foi incluído no rol da revisão documental, posto que esta abarcou essencialmente documentos aprovados e em vigência.

do país, o que provocou discussões relacionadas à internação compulsória<sup>26</sup> e redução da maioria penal<sup>27</sup> à época.

A proposta do Plano Integrado (BRASIL, 2010a) é integrar ações de saúde e assistência social aos usuários de álcool e outras drogas com ações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Quando utiliza o termo “cidadania” trata da implantação de ações integradas de mobilização, prevenção, tratamento e reinserção social nos “Territórios de Paz do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania” (PRONASCI<sup>28</sup>) e nos territórios de vulnerabilidade e risco.

Propõe também a reinserção social através do tratamento aos usuários; estruturar, integrar, articular e ampliar as ações de prevenção, tratamento e reinserção social, considerando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, tais como crianças, adolescentes e população em situação de rua. Além destes, um de seus objetivos é a capacitação continuada de atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações que promovam a reinserção social dos usuários de drogas e de enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas e promoção da participação comunitária nas políticas e ações de prevenção, tratamento e reinserção social (BRASIL, 2010a).

Assim sendo, consideramos que o Plano Integrado (BRASIL, 2010a) pode promover cidadania se correlacionarmos seu incentivo às escolas de redutores danos e interpelação entre serviços de saúde e assistência social. Mas, enquanto uma resposta efetiva ao uso problemático de crack, constitui-se como um plano operacional que não parece levar em consideração os dados sócio-históricos que envolvem o uso de drogas e a emergência de novas drogas como crack e oxi (VASCONCELOS, 2012), não promovendo mudanças efetivas que caminhem na qualificação do exercício de cidadania para essa população.

Em 2010, após nove anos desde a última Conferência, ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), a qual se tornou um espaço para identificar os avanços da área em prol de uma agenda pública sobre drogas, orientada pelos princípios do SUS e dos direitos humanos. Foi também um espaço de delimitação dos complexos desafios assistenciais

---

<sup>26</sup><http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2013/05/sp-tem-primeira-internacao-compulsoria-de-dependente-de-crack.html> Visitado em maio de 2018

<sup>27</sup><https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/RADIOAGENCIA/471284-MAIS-DE-20-PROJETOS-SOBRE-REDUCAO-DA-MAIORIDADE-PENAL-TRAMITAM-NA-CAMARA.html> Visitado em maio de 2018

<sup>28</sup> “O Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci) destina-se à prevenção, controle e repressão da criminalidade, atuando em suas raízes sócio-culturais, além de articular ações de segurança pública com políticas sociais por meio da integração entre União, estados e municípios. As ações levarão em conta as diretrizes do Sistema Único de Segurança Pública (SUSP). Foi lançado em julho de 2007, pelo Ministério da Justiça”. A definição pode ser encontrada no site do observatório de segurança através do endereço eletrônico: <http://www.observatoriodeseguranca.org/seguranca/pronasci> Visitado em maio de 2018.

e de propulsão para pactos intersetoriais que fortalecessem o paradigma em construção nacional e mundial de não criminalização das drogas e usuários (LIMA, 2010, p. 77).

Encontramos cerca de 40 ocasiões em que o termo cidadania e redução de danos foram utilizados no registro da IV CNSM (BRASIL, 2010b). Logo em sua apresentação, reafirma os valores mais gerais da RPB e o modelo substitutivo em curso, sinalizando a garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental e seus familiares. Já o uso do termo “redução de danos” é feito ao longo de todo o texto e compreendido como: programa, política, estratégia e ações, mas de certo, sempre correlacionado à expansão da rede de cuidados em saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, de modo a garantir de forma irrestrita o direito à saúde e qualidade de vida.

No relatório final da IV CNSM (BRASIL, 2010b) o uso do termo “cidadania” está relacionado muitas vezes à questão de garantia de direitos, especialmente o direito ao tratamento em rede substitutiva. Em algumas ocasiões trata da importância de “buscar” e “garantir” o “exercício” da cidadania, mas não traz recomendações ou norteadores para essas questões, deixando-as de modo vago. Todavia, são muitos os aspectos em que aborda as possibilidades de acesso aos direitos e à cidadania, como quando trata da garantia de convívio e combate ao estigma na sociedade, também quando correlaciona cidadania aos direitos humanos e aos aspectos da educação e inclusão e, ainda, quando refere à necessidade de inclusão das pessoas com transtornos mentais e usuários de drogas na rede educacional, garantindo o ensino e minimizando preconceitos.

Ao discutir as questões dos direitos humanos, o relatório final da IV CNSM (BRASIL, 2010b) pontua que, com o atual processo de transformação da política e assistência em saúde mental no Brasil, esse tema é fundamental para a transformação das práticas psiquiátricas convencionais. Exemplifica que para a promoção dos direitos humanos de maneira eficaz, é necessária a conquista de direitos sociais mais amplos e, assim, ratificam a necessidade de políticas de incentivo e a garantia o exercício efetivo dos Direitos Universais aos usuários (inclusive aqueles em situação de rua), como o de moradia, transporte, lazer, esporte, educação, cultura, inclusão digital e universalidade, acessibilidade e integralidade à saúde, nas três esferas de governo. Tudo isso para garantir o acesso à cidadania por meio das políticas públicas de assistência social, justiça, segurança, saúde, educação, além de projetos intersetoriais.

Em nossa compreensão, a defesa de direitos sociais mais amplos em prol da cidadania parece relacionar-se de modo íntimo com os direitos sociais elencados no artigo 6º da Constituição Federal, que elenca direitos sociais à educação, saúde, alimentação, ao trabalho,

à moradia, ao transporte, ao lazer, à segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados (BRASIL, 1988).

No eixo “Reforma Psiquiátrica, Reforma Sanitária e SUS”, deliberando sobre a saúde mental ser área estratégica da saúde, o relatório final da IV CNSM (BRASIL, 2010b) refere à necessidade de ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em particular aqueles que lutam pelos direitos da saúde e cidadania. Sobre as garantias dos avanços das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, propõe que não seja admitida a revisão e retrocesso das conquistas alcançadas a partir da aprovação da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), considerando que esta assegura os direitos de cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, especialmente o direito ao tratamento na rede substitutiva (BRASIL, 2010b).

Isto nos remete a Santo (2008) que alude que a cidadania não é estabelecida via decretos e leis, ressaltando que as grandes transformações e mudanças que a ampliam só são possíveis através de reivindicação organizada entre os cidadãos. Deste modo, o aumento de direitos e da cidadania estão relacionados não somente a promulgação de leis e decretos, mas a luta permanente da sociedade civil por permanência e inclusão de novos direitos. Cabe acrescentar que as Conferências são um espaço instituído de luta política de grande importância para garantia e manutenção dos direitos.

Iniciado o primeiro mandato da presidenta Dilma Roussef (PT) (2011-2014), o Governo Federal optou pela transferência da SENAD da estrutura do Gabinete de Segurança institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça. O objetivo foi potencializar e articular as ações da redução de demanda e da oferta de drogas, priorizando o enfrentamento ao tráfico de ilícitos, o que a nosso ver produz o recrudescimento de práticas repressivas e policiais em torno das drogas ilícitas, aumentando o número de cárcere, violência e homicídios.

Neste mesmo ano, 2011, foi sancionada a Portaria 2.488/2011 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Além de ter estabelecido a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criou as equipes de Consultório na rua<sup>29</sup>. Seguindo a recomendação da portaria 2.197/2004, instituiu a redução de danos na atenção básica (BRASIL, 2011a).

A redução de danos aparece citada nos princípios e diretrizes da PNAB (BRASIL, 2011a), junto a outras estratégias que têm por objetivo desenvolver atenção integral que cause

---

<sup>29</sup>Cabe o registro que, ao deixar de ser consultório *de* rua, transformando-se em consultório *na* rua, este dispositivo deixa de pertencer ao campo da saúde mental e vai para a atenção básica, ocupando-se mais diretamente, ainda que não exclusivamente, de questões gerais de saúde.

impactos na saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Observamos que a Portaria 2.488/2011 traz importantes estratégias para que a gestão e o cuidado na atenção básica proporcionem saúde, autonomia, responsabilização e participação social de indivíduos e coletividades. Não observamos nenhuma ênfase à questão da redução de danos ser propulsora de cidadania, mas esta aparece, como dito anteriormente, junto a outros princípios e diretrizes, os quais, juntos, podem ser considerados como fortalecedores dos aspectos da cidadania dos usuários.

Ainda em 2011 tivemos a promulgação da Portaria 3.088/2011 que instituiu todas as ações psicossociais em uma única Rede, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), 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 álcool e outras drogas no âmbito do SUS (BRASIL, 2011b). Tanto cidadania quanto redução de danos aparecem, juntamente com “respeito aos direitos humanos”, como diretrizes para o funcionamento da RAPS.

Em seus objetivos específicos, a RAPS (BRASIL, 2011b) traz a promoção de cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis, como criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas. Também propõe a promoção da reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária (BRASIL, 2011b).

Analisando que prosseguir com a RPB é progredir na garantia de tratamento e de cidadania dos usuários e, considerando que a RAPS é um avanço na RPB, podemos assim relacionar que a promulgação da RAPS é, também, potencial propulsora de cidadania dos usuários. Todavia, a conformação da RAPS é motivo de discussão, pois a Portaria que a define incluiu as Comunidades Terapêuticas como ponto de atenção de caráter residencial e transitório destinada aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011b), o que possibilitou, a partir de então, um “novo” patamar de disputa por dinheiro público relacionado ao cuidado dos usuários de drogas.

Tão logo da publicação da RAPS, tivemos a promulgação de algumas portarias que regulamentam alguns dos dispositivos que ela elencou: Portarias 121/2012, 130/2012 e 131/2012 (BRASIL, 2012a, 2012b, 2012c).

A Portaria 121/2012 criou, pela primeira vez, dispositivos que funcionam como casas destinadas as pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, denominadas Unidades de Acolhimento (UA). As UAs estão presentes no componente de

atenção residencial de caráter transitório da RAPS. Esta Portaria não menciona o termo cidadania e redução de danos aparece somente como possibilidade de uma modalidade de grupo que deve ser ofertado pelo CAPS AD – o dispositivo responsável pela construção do Projeto terapêutico Singular (PTS) dos acolhidos na UA. Indagamos a ausência de afirmação sobre a redução de danos, que pode abrir brechas para que essas Unidades possam acolher usuários sob outras lógicas que não a de redução de danos.

Apesar de não fazer menção à cidadania, observamos que a criação de dispositivos de moradia transitória para essa população em “situação de vulnerabilidade social e familiar” (BRASIL, 2012a) é por si só uma medida de valorização e ampliação da cidadania dos usuários de álcool e outras drogas, pois indica o acompanhamento terapêutico e intensivo em um dispositivo que se propõe como habitação, ainda que vinculada ao local de tratamento dos usuários acolhidos e por tempo estipulado.

Já a portaria 130/2012 redefiniu, especificamente, os CAPS AD III e os seus respectivos incentivos financeiros, definindo que o serviço deverá se orientar pelo princípio da redução de danos para seu funcionamento e atendimento aos usuários graves de álcool e outras drogas (BRASIL, 2012b), o que pode ser avaliado como um avanço para o campo. O termo cidadania não aparece neste documento, mas existe a menção à “defesa dos direitos” dos usuários. E, em se tratando da orientação de cuidado do CAPS AD III, propõe que haja atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda corrente, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais (BRASIL, 2012b). Ademais, sugere que se promova a inserção, proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de reabilitação psicossocial.

Em nossa compreensão essas orientações de cuidado no CAPS AD II firmadas em um processo de reabilitação social (BRASIL, 2012b) parecem aproximar-se daquilo que Tykanori (1996) definiu ser importante para o funcionamento dos dispositivos de reabilitação social, isto é, devem reconstruir valores, experimentações e mediações, aumentando o poder contratual na medida em que possam ser criadas novas condições de trocas sociais.

Junto com esta foi também lançada a Portaria 131/2012, último documento a ser analisado neste agrupamento. Com exceção dos demais documentos deste bloco, a portaria é um “pontapé” inicial para o retrocesso na regularização e implantação da redução de danos, o que será sentido mais adiante. Em suma, a portaria instituiu o incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, aqui incluídas as Comunidades Terapêuticas, destinadas aos

usuários de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da RAPS. Como a própria nomenclatura sugere, a portaria diz respeito à verba pública destinada a apoiar as construções das CTs no âmbito da RAPS (BRASIL, 2012c).

Similar às portarias que definem outros dispositivos de caráter de moradia, a portaria 131/2012 (BRASIL, 2012c) também entrelaça a permanência do acolhido nas CTs ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) desenvolvido nos CAPS. E, assim, uma das condições para o financiamento desses leitos é que haja CAPS na região da Comunidade Terapêutica. Essa vinculação parece estimular que haja parcerias e acompanhamento conjunto entre os diferentes dispositivos que, até o presente momento, parecem seguir lógicas de cuidado distintas (abstinência total x redução de danos).

A portaria 131/2012 (BRASIL, 2012c) estabelece, ainda, que na programação da saída do acolhido das CTs, devam ser traçadas parcerias que visem a sua inclusão social, com moradia, suporte familiar, geração de trabalho e renda, integração ou reintegração escolar e outras medidas, conforme as particularidades de cada caso. O objetivo de inserção/inclusão social parece indicar o reconhecimento de algumas dimensões da cidadania dos usuários de álcool e outras. Mas, a nosso ver, somente estabelecer “parcerias” não garante que haja acesso a trabalho, renda, educação, posto que esses direitos são, historicamente, problemáticos na formação da sociedade brasileira. Esta dificuldade está associada, portanto, não somente às CTs, mas aos dispositivos que carregam consigo essa proposta, como CAPS e as Unidades de acolhimento, citadas anteriormente.

Além disso, acreditamos que essa organização e programação de saída dos acolhidos descaracteriza boa parte das CTs brasileiras de que temos notícias, que se organizam sob lógica higienista e de abstinência total e, algumas, de caráter penitente-religioso (BOLONHEIS-RAMOS e BOARANI, 2015) sem buscar alterações do quadro anterior de acesso a direitos.

Enfim, como constatamos até aqui que o período que compreende 2002 até 2012 é de alguns avanços e incremento da política nacional de saúde mental, que inclui e reafirma a redução de danos, com exceção da Portaria 131/2012 (BRASIL, 2012c) que indica o custeio de Comunidades Terapêuticas. Apreende-se que, neste período (2002-2012) a Política do MS (BRASIL, 2003) foi um importante documento que subsidiou novas portarias em prol da cidadania dos usuários de álcool e outras drogas.

No que se refere às Políticas Nacionais Sobre Drogas, avaliamos que há alguma abertura ao conceito de redução de danos, ainda que este esteja associado à um cuidado puramente preventivista. Todavia, ainda que não trate abertamente de seu investimento em

uma lógica de abstinência no campo de tratamento, indica e persegue uma lógica na qual a sociedade brasileira deverá ser livre de drogas.

Não obstante, identificamos que a cidadania aparece repetidas vezes sob o termo “reinserção social”, sem que este revele os modos desta nova inserção social. Além disso, também identificamos alguns aspectos que se aproximam de acesso a direitos sociais e civis, bem como “defesa da vida”.

Por fim, indicamos que de 2013 até 2014 não foram promulgados documentos que se relacionam com a temática das drogas, o que parece ser efeito de um ano muito mais de articulação entre os setores hegemônicos pró-Comunidades Terapêuticas que ocuparão importantes discussões e promulgações nos anos posteriores.

#### 4.2 Documentos Oficiais de Governo (2015-2019): avançando na lógica proibicionista

Antes de iniciarmos, cabe recuperar que os anos 2015 e 2016 foram marcados por forte crise política e Golpe Parlamentar, impedimento da presidenta Dilma Rousseff (PT) e assunção ao poder do então vice-presidente, Michel Temer (PMDB). A partir de 2015 entram em discussão e aprovação medidas de retrocesso na Política Nacional de saúde mental e Política Nacional sobre Drogas, no que diz respeito à lógica de redução de danos e aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ferindo ativamente a cidadania da população usuária de álcool e outras drogas.

No quadro abaixo identificamos os 10 documentos a serem analisados neste bloco por tipologia, número/ano e a que se destinam. O bloco é composto por 4 portarias, 3 resoluções, 1 medida provisória, 1 decreto e 1 nota técnica. Tipologia, número/ano, a que se destina

**Quadro Ilustrativo 3** – Documentos oficiais sobre política de drogas e cuidado aos usuários de álcool e outras drogas (2015-2019)

<b>TIPOLOGIA</b>	<b>NÚMERO/ANO</b>	<b>A QUE SE DESTINA</b>
<b>Resolução</b>	01/2015	Regulamenta, no âmbito do SISNAD as CT's que realizam o acolhimento de usuários de drogas em caráter voluntário
<b>Portaria</b>	834/2016	Redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde.

<b>Resolução</b>	32/2017	Diretrizes para o fortalecimento da RAPS
<b>Portaria</b>	3.588/2017	Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências
<b>Resolução</b>	1/2018	realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas
<b>Portaria</b>	3.449/2018	Institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com CT's.
<b>Portaria</b>	41/2018	Resultado Final das análises para a habilitação e pré-qualificação (Fase 1) do Edital de Credenciamento nº 01/2018 da SENAD
<b>Medida Provisória</b>	870/2019	Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios
<b>Nota Técnica</b>	11/2019	Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas
<b>Decreto</b>	9.761/2019	Aprova a Política Nacional sobre Drogas

Fonte: elaboração própria

Como visualizado acima, em 2015 o CONAD publicou a resolução 01/2015 que busca regulamentar no âmbito do SISNAD as Comunidades Terapêuticas que acolhem usuários de álcool e outras drogas em caráter voluntário. A resolução caracteriza tais instituições como pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, onde somente podem ser acolhidas pessoas por até 6 meses ininterruptos ou 12 meses no decorrer de 24 meses. A inserção do usuário está condicionada àqueles que façam uso nocivo ou estejam dependentes de substâncias psicoativas, com necessidade de proteção e apoio social e seja antecipadamente avaliado pela rede de saúde. As CTs são estabelecidas não como instituições de saúde, mas de interesse e apoio as políticas públicas de cuidado, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção

social. Em seu artigo 12, onde define as atividades terapêuticas a serem realizadas, inclui as de desenvolvimento da espiritualidade (BRASIL, 2015).

A palavra redução de danos só é mencionada no anexo em que se expõe a ficha cadastral dos acolhidos, sendo uma das opções de tratamentos anteriores. A palavra cidadania não é utilizada, sendo observada a utilização de “reinserção social” de maneira indiscriminada para explicar a nova inserção social do “ex-acolhido” na sociedade, com suporte intersetorial e da rede de saúde, conforme indicação da portaria 131/2012 (BRASIL, 2012c).

Em 2016, já em período pós-Golpe Parlamentar, foi instituída a Portaria 834/2016 que redefiniu os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde (certificado CEBAS), isto é, aquelas que atuam diretamente na atenção à saúde. Para ser intitulada CEBAS, a entidade de saúde deve celebrar contrato, convênio ou instrumento congênere com o gestor do SUS; ofertar a prestação de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% e comprovar, anualmente, a prestação de serviços (BRASIL, 2016). Diferentemente da resolução 01/2015 (BRASIL, 2015) que definiu que as CT's não são estabelecimentos de saúde, esta portaria redefine agora que estas podem ser identificadas como entidades de saúde e, portanto podem receber o certificado CEBAS. A portaria não definiu nenhum critério quanto à caracterização das “entidades de saúde”.

A Portaria 834/2016 cita a perspectiva de redução de danos de modo pragmático, mencionando a disponibilização de kit de redução de danos e apresentando orientação sobre o uso de substâncias psicoativas, o que envolveria a responsabilização e a autonomia dos usuários. No que se refere à cidadania, esta aparece junto à “inclusão social” e “autonomia” quando mencionada a necessidade de desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social. Esta, por sua vez, objetivaria a promoção de autonomia, o exercício da cidadania e a redução do estigma associado aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2016).

Em 2017, representando um retrocesso para a implantação da lógica de RD, a nível nacional, em uma parceria inédita, os Ministérios da Justiça, Saúde e Desenvolvimento Social lançaram edital conjunto para contratação de comunidades terapêuticas de acolhimento aos usuários de drogas em todo o país, a partir do qual pretendiam “acolher” cerca de 20 mil pessoas.

Conforme evidenciado pelo Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (CFP - Conselho Federal de Psicologia, 2018) que vistoriou simultaneamente o total de 28 CTs brasileiras nas quatro regiões do país, estas apresentam inúmeras irregularidades e violações. Em seus aspectos institucionais foram identificadas ausência de

projeto terapêutico singular, violação da liberdade religiosa, presença da laborterapia e exploração do trabalho como ferramenta disciplinar, ausência de protocolos ou projetos de desinstitucionalização, ausência de interlocução com dispositivos da rede de atenção à saúde, violação da norma sobre período de internação e ausência de registros individuais dos residentes.

Em relação às equipes foi identificada importante fragilidade nas equipes multidisciplinares, com indícios de violação de direitos trabalhistas e presença de voluntários, administração irregular de medicações, além de indícios de violações éticas no trabalho. A infraestrutura também apresentou problemas, como a inexistência de alvará sanitário e condições sanitárias para o seu funcionamento. As internações são identificadas como recurso para retirada do convívio social e familiar, podendo envolver a proibição de contato telefônico e recebimento de visitas. Além disso, o cotidiano das práticas de tratamento envolve uso da força, sob uma rotina rígida, com sanções e indícios de tortura, além de contenção física, vistorias e práticas de revistas corporais (CFP, 2018).

Conforme Silva, Frota e Silva (2017) ainda que sejam amplamente identificadas as irregularidades e ilegalidades, as comunidades terapêuticas seguem em funcionamento acolhendo usuários de álcool e outras drogas e seus familiares. Para os autores este fato parece ter relação com as dificuldades encontradas no acesso aos espaços formais de tratamento, o que contribui para o fortalecimento e expansão das CTs. Conforme destacou Lima (2016) as Comunidades Terapêuticas já vinham cumprindo competências nos setores da saúde, relacionada ao tratamento e, ainda, da assistência social, correlacionada a acolhimento institucional e abrigamento. No entanto, a autora já observava que a participação das CTs já não estava sendo colocada de maneira orgânica.

Outros autores também já evidenciaram que as CTs brasileiras podem se organizar sob lógica segregacionista, higienista e com forte apelo religioso. No entanto, ainda que não seja nosso intuito estudar sua origem e funcionamento atual, alguns autores recuperam a história do nascimento desses estabelecimentos no mundo e no Brasil, que nem sempre guardaram essas características mencionadas, tendo inclusive bases conceituais e metodológicas que os aproximam da Reforma Psiquiátrica (PERRONE, 2014).

Na esteira desse processo, ao final do ano de 2017, a Coordenação Nacional de saúde mental, álcool e outras drogas aprovou na comissão intergestora tripartite (CIT) a Resolução 32/2017 (BRASIL, 2017a) que estabeleceu novas diretrizes para a política de saúde mental brasileira. A resolução não traz conteúdo sobre redução de danos, nem sobre cidadania. Seu intuito é alterar a RAPS e o percurso da RPB, o que implica diretamente na oferta e lógica de

cuidado aos usuários e pode, assim, dificultar o exercício e processo de ampliação da cidadania destes.

Dentre as alterações propostas na Resolução (BRASIL, 2017a) tem-se a extinção dos mecanismos legais de transferência dos recursos dos hospitais psiquiátricos para novos serviços comunitários, o que, a nosso ver, poderá dificultar a abertura de novas unidades com essas características. A procuradoria federal dos direitos do cidadão questionou<sup>30</sup> a legalidade destas propostas por contradizer a lógica de priorização dos serviços comunitários consagrados na Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001). Já o Conselho Nacional de Direitos Humanos<sup>31</sup> alertou que a mudança pode representar grave ameaça à cidadania.

Além disso, cinco ex-ministros da saúde, Arthur Chioro, Alexandre Padilha, José Gomes Temporão, Agenor Álvares e Humberto Costa, manifestaram-se em carta aberta<sup>32</sup> sobre o que seria o real interesse da proposta, supondo o objetivo de favorecimento dos atores ligados aos hospitais psiquiátricos. Entidades de saúde como a ABRASCO<sup>33</sup> (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) e conselhos profissionais como o CFESS<sup>34</sup> (Conselho Federal de Serviço Social) e CFP<sup>35</sup> (Conselho Federal de Psicologia) também alertaram sobre os riscos relacionados às alterações propostas em âmbito nacional. A nosso ver, tal qual alertou a ABRASCO, sobre a “(re)volta dos que não foram<sup>36</sup>”, desde que os esforços de cuidado e tratamento pela lógica antimanicomial foram gestados, a cidadania dos usuários de saúde mental, incluindo os usuários de drogas, vem sendo objeto de disputa entre os setores que concorrem pelo tratamento destes usuários.

Alguns dias após a divulgação da resolução 32/2017 (BRASIL, 2017a) foi publicada a portaria 3.588/2017 (BRASIL, 2017b) que alterou as Portarias de Consolidação nº 3<sup>37</sup> e nº 6<sup>38</sup>, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a RAPS. O documento afirma que, diante da necessidade da oferta de suporte hospitalar estratégico para a Rede de Atenção Psicossocial e

---

<sup>30</sup><http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/informativos/edicoes-2019/marco/pfdc-aponta-ilegalidades-e-inconstitucionalidades-na-atual-politica-nacional-de-saude-mental> acessado em novembro de 2018

<sup>31</sup><http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-12/comissao-aprova-mudancas-na-politica-de-saude-mental-conselhos-protestam> acessado em novembro de 2018

<sup>32</sup> <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/ex-ministros-saude-mental/32553/>

<sup>33</sup><https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/retrocessos-saude-mental-governo-temer/32436/> acessado em novembro de 2018

<sup>34</sup> <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1439> acessado em novembro de 2018

<sup>35</sup> <https://site.cfp.org.br/cfp-repudia-mudancas-saude-mental/> acessado em novembro de 2018

<sup>36</sup>[https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/carta\\_abrasme\\_segunda-reforma-psiquiatrica/32662/](https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/carta_abrasme_segunda-reforma-psiquiatrica/32662/) acessado em novembro de 2018

<sup>37</sup> Trata da “Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde”, BRASIL, 2017.

<sup>38</sup> Trata da “Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde”, BRASIL, 2017.

para a Rede de Atenção às Urgências é necessário rever a Política Nacional de saúde mental. A Portaria cria então o dispositivo “CAPS AD IV”, que deve atender pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo funcionar junto a cenas abertas de uso de drogas. A implantação dos CAPS AD IV deve ser planejada junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento 24h, incluindo feriados e finais de semana e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação (BRASIL, 2017b).

Não está clara a intenção do funcionamento dessa nova modalidade de CAPS, que a primeira vista parece similar ao CAPS AD III. No entanto, o cenário de financiamento público de leitos de Comunidades Terapêuticas, de aproximações territoriais entre CAPS e CTs e o ideal de funcionamento dos CAPS AD IV próximo às cenas de uso, juntos, parecem reforçar que serão tomadas novas direções e medidas de cuidado, que incluem a internação e a abstinência, que ignorará a redução de danos.

A Portaria (BRASIL, 2017b) faz uma menção à cidadania, de maneira vaga, na seção que discorre sobre o funcionamento do CAPS AD IV, o qual deve estabelecer articulação com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), de modo a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial (BRASIL, 2017b).

De maneira dúbia, ao criar um serviço territorial e aberto, que se propõe a ter novos leitos para os usuários que estão nas ditas “cracolândias” e “fluxos”, em seu artigo 10, a Portaria 3.588/2017 (BRASIL, 2017b) estabelece que o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos deverá redirecionar o recurso correspondente, por parte do Ministério da Saúde, para outras ações em saúde mental no respectivo Estado, mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Como já mencionado, a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) criou a resolução 32/2017 que restabeleceu o fluxo financeiro após fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e o direcionamento para ações em saúde mental não mais correspondem, necessariamente, aos dispositivos de lógica antimanicomial. Portanto, embora se preveja um serviço territorial, não há garantia do uso de recursos para um tratamento pautado pela lógica da RPB.

Dando continuidade às resoluções que alteram parte da RAPS, o Ministério da Justiça publicou a Resolução 01/2018 (BRASIL, 2018a) que definiu novas diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345/2002 (como já afirmamos anteriormente, esta tem por base teórica a defesa

proibicionista). Embora afirme que o realinhamento da Política deva considerar prioritariamente estudos técnicos e científicos, capazes de avaliar as práticas atuais e apontar caminhos para estruturação de programas e projetos, o documento também afirma em suas premissas orientar-se de modo central a partir de aspectos legais, culturais e científicos, em especial a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto às iniciativas de legalização de drogas.

Apesar de fazer menção à redução de danos, o documento dirige-se, pela primeira vez assim colocado de modo explícito e claro, à “promoção da abstinência”:

os programas, projetos e ações no contexto da política nacional sobre drogas devem considerar, em sua estruturação, iniciativas de ampliação e reorganização da rede de cuidados, acolhimento e suporte sociais, conceitualmente orientadas para a prevenção e mobilização social, promoção da saúde, promoção da abstinência, suporte social e redução dos riscos sociais e à saúde e danos decorrentes (BRASIL, 2018a).

Além disso, a resolução 01/2018 (BRASIL, 2018a) aponta a reorientação dos mecanismos de apoio e fomento à produção científica e formação, garantindo a participação equânime de pesquisadores e instituições sob as diversas correntes de pensamento no campo das políticas sobre drogas, o que já ocorre, não sem disputas, mas que pode significar novos financiamentos públicos para pesquisas que se pautam e defendem o proibicionismo e a lógica da abstinência. Outrossim, tornou-se premissa a anunciada integração institucional e legal da gestão de programas entre alguns Ministérios. São eles: Ministério da Saúde; Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça, Extraordinário da Segurança Pública e Direitos Humanos.

A Resolução 01/2018 (BRASIL, 2018a) não menciona a questão da cidadania. Reiterando parcerias com a sociedade civil, em seu § 1º afirma que o realinhamento da política deve considerar a formalização da rede nacional de mobilização solidária e comunitária, de apoio aos familiares, em articulação com grupos e entidades da sociedade civil organizada que sejam reconhecidas por sua atuação. Em seu § 2º refere o dever da União de promover, de maneira contínua, o fomento à rede de suporte social, composta por organizações da sociedade civil, como as CTs, que exerçam acompanhamento, mútua ajuda, apoio e reinserção social. Conclui indicando ações imediatas que promovam alteração dos documentos legais que orientam a Política Nacional sobre drogas, em especial aqueles destinados a distribuição aos parceiros públicos e privados.

. Ainda em 2018, foi promulgada a portaria 3.449/2018 (BRASIL, 2018b) que instituiu o Comitê das Comunidades Terapêuticas. Sua finalidade é discutir, avaliar, propor novas ou

alterar resoluções, portarias, normas técnicas e documentos congêneres, no contexto da política pública sobre álcool e outras drogas. Estas devem tratar dos aspectos gerais, modelos, parâmetros técnicos, regulação e certificação das CTs. Como se pode notar, o Estado cria diversas portarias que induzem parcerias com organizações da sociedade civil, o que parece diminuir ainda mais seu papel ativo na política de saúde pública, invocando novas parcerias públicos-privadas. Além disso, a nosso ver, a disputa pelo financiamento público poderá atingir de maneira contundente a qualidade da assistência ofertada aos usuários de álcool e outras drogas e, assim sendo, o exercício de sua cidadania.

Também em 2018 foi publicada a Portaria 41/2018 (BRASIL, 2018c) produzida pela SENAD, a qual publicou a listagem nacional das 492 CTs habilitadas e pré-qualificadas pelos termos do edital de credenciamento 01/2018. Tanto a portaria 42/2018, quanto o referido edital de credenciamento 01/2018 não apresentam nem discutem o modelo e o direcionamento de tratamento das CTs. Entretanto é de conhecimento público a perspectiva da abstinência como condição de tratamento dessas instituições, o que pode interferir de maneira direta na cidadania daqueles que não conseguem ou não desejam interromper o uso de substâncias.

Conforme Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas (CFP, 2017) são também de conhecimento público as diversas irregularidades e desrespeito aos direitos humanos que são encontradas em diversas CTs brasileiras, pauta de denúncias frequentes na mídia<sup>39</sup>. Entretanto, estamos nos debruçando sobre documentos oficiais e ministeriais onde não é possível inferir esse tipo de análise e prospectiva, mas cabe indagar que tipo de avaliação foi realizada nas CTs regulamentadas, tendo em vista que grande parte destas já estavam em funcionamento e apresentando irregularidades.

Destarte, estamos diante de um retrocesso político, comandado por atores que defendem um tratamento pautado pelo modelo asilar, que até a década de 1980 se beneficiou de maneira lucrativa com o cofinanciamento da loucura sustentado por recursos públicos. O que não podemos perder de vista é que este mote manicomial encontra no cenário político atual, caracterizado pelo autoritarismo e conservadorismo, sob domínio dos interesses do capital, uma ambiência política favorável e fecunda para seus interesses.

Tão logo iniciado o governo do então presidente eleito Jair Bolsonaro (2019-2022) vemos o acirramento de políticas conservadoras e manicomiais. No dia primeiro de janeiro é publicada a medida provisória nº 870/2019 (BRASIL, 2019a) que estabelece a nova

---

<sup>39</sup><https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/mpf-aponta-irregularidades-em-unidades-para-dependentes-quimicos-na-pb.ghtml> e <https://www.hojeemdia.com.br/horizontes/vistorias-em-42-comunidades-terap%C3%AAAuticas-apontamviola%C3%A7%C3%B5es-de-regras-e-direitos-1.418822> acessados em abril de 2019.

organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Em seu § 1º informa que o detalhamento da organização dos órgãos de que trata a medida provisória será definido em decretos de estrutura regimental, o que indica que novos decretos serão publicados ao longo do ano. Em suma, o que cabe aqui detalhar é a medida provisória nº 870/2019 informa que a Política Nacional de drogas passará ser de competência da nova Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, pertencente ao novo Ministério, da Cidadania (BRASIL, 2019a, artigo 23).

Mais adiante o então atual Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro Júnior, divulga a Nota técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2019b) que propõe “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”, colocando lado a lado as duas políticas nacionais de Saúde Mental e de Drogas. Esse paralelo já indica não somente alterações nas duas políticas, mas o incentivo ao alinhamento conjunto que notoriamente não se utilizará do conceito da redução de danos.

Divulgada em fevereiro do ano corrente, a Nota técnica nº 11/2019 chegou a desaparecer dos canais oficiais de comunicação governamental devido às polêmicas ocasionadas, mas retornou e segue, até a presente data, direcionando a nova Política de Saúde Mental. Alguns meses depois, em abril, o Decreto nº 9.761/2019 (BRASIL, 2019c) aprovou a nova Política Nacional de Drogas. A seguir detalharemos os dois documentos, separadamente, ressaltando os principais pontos que interferem no cuidado ofertado aos usuários de álcool e outras drogas e em sua cidadania.

A nota técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2009b) indica que as abordagens e condutas em saúde mental deverão ser baseadas em evidências científicas atualizadas de maneira constante. Deste modo, refere que, desde 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) tem se juntado à comunidade científica e promovido mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (através da Resolução 32/2017 e da Portaria 3.588/2017). Afirma que é necessário reconhecer a importância da RPB para o processo evolutivo de assistência em saúde mental, mas que são necessárias novas medidas de aprimoramento na assistência em saúde mental. Assim, indica que as mudanças não pretendem retirar a essência da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), mas tornar a política “mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada”, possibilitando que todos sejam atendidos à medida de suas necessidades, sem deixar de considerar nenhuma modalidade de tratamento validada e aplicável. Buscando seguir as melhores práticas clínicas e recentes evidências científicas, inclui o investimento em Eletroconvulsoterapia (ECT) e altera a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Buscando torná-la mais “potente e poliárquica”, a RAPS é “ampliada”, ou como podemos notar, descaracterizada<sup>40</sup>, passando a contar com, além dos CAPS IV, com Hospital Psiquiátrico, Hospitais-Dia e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas<sup>41</sup>. Para sua expansão, especialmente de leitos psiquiátricos, são destinados pelo Governo Federal um adicional de mais de R\$ 320 milhões por ano, totalizando R\$ 1,5 bilhão (BRASIL, 2019b).

A nota técnica nº 11/2019 elimina a lógica substitutiva de hospitais psiquiátricos por dispositivos territoriais e abertos, referindo que não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, pois nenhum dispositivo será concorrente uns com os outros. Nesse ínterim, não haverá mais fomento de fechamentos de hospitais psiquiátricos, ao passo que serão investidos novos recursos públicos para abertura de novos leitos, com caráter humanizado, modernizado, seguindo protocolos e padrões modernos (BRASIL, 2019b).

Como já esperado, as Comunidades Terapêuticas são colocadas como local de “recuperação de usuários”. Afirma-se que as CTs não podem ser vistas como lugares ruins por si só, é necessário que haja garantias de sua fiscalização, assim como dos demais dispositivos elencados na RAPS. A esse respeito, considerando a valorização da lógica proibicionista subliminar às portarias do então governo, ponderamos o risco de que as CTs acabem sendo privilegiadas, tornando-se os principais serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. A consequência imediata disso é a desconsideração daqueles que não querem ou não conseguem aderir à abstinência, o que constitui um desrespeito à cidadania.

Já os CAPS AD IV são colocados como a grande inventividade de cuidado aos usuários de drogas, especialmente aos que estão nas “cracolândia”. Os CAPS AD IV poderão atender não somente adultos, mas também crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente, resguardando os direitos dos dois últimos, previstos em leis próprias. As equipes contarão com médico 24h, devendo atender pacientes em situações de emergência psiquiátrica, podendo absorvê-los em seus leitos (que variam de no mínimo 10 e no máximo 20) ou encaminhá-los para outros Serviços da Rede, incluindo o Hospital Psiquiátrico, inclusive para crianças e adolescentes. Os CAPS AD III deverão passar por transformações para tornarem-se CAPS AD IV reestruturado (BRASIL, 2019b).

---

<sup>40</sup>As SRTs, outrora destinadas a pacientes egressos de longas internações psiquiátricas, serão destinadas a acolher pacientes com transtornos mentais em outras situações de vulnerabilidade, como situação de rua e egressos de unidades prisionais comuns (BRASIL, 2019b).

<sup>41</sup>O estímulo aos ambulatórios é posto financeiramente, por meio da criação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT), nas quais dentro de suas modalidades poderão receber custeio de R\$12.000,00 até R\$30.000,00 reais mensais. A nota determina que os gestores deverão optar pelas modalidades que mais se adequarem ao perfil epidemiológico e necessidades assistenciais ou optarem pela modalidade de cuidado que julgue mais custo-efetiva (BRASIL, 2019b).

A nota técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2019b) afirma, ainda, que devido ao equivocado processo de fechamento de leitos psiquiátricos nas últimas décadas e de uma má condução da antiga Política Nacional de saúde mental, houve aumento do número de pacientes com transtornos mentais graves no sistema penitenciário e em situação de rua, aumento das taxas de suicídio, aumento e proliferação das “cracolândia” e da mortalidade de pacientes com transtornos mentais e dependência química, principalmente de crack, aumento do afastamento do trabalho de pacientes com transtornos mentais, superlotação de serviços de emergência com pacientes aguardando por vagas para internação psiquiátrica (BRASIL, 2019b).

Ademais, a nota técnica nº 11/2019 (BRASI, 2019b) define que todos os dispositivos que compõem a nova RAPS deverão seguir os princípios básicos de legalidade, ética, atendimento humanizado, qualidade e de atendimento baseados em evidências. As três esferas de Governo devem atuar de forma orientadora e fiscalizadora, garantindo o seguimento das normativas vigentes de modo que os serviços sejam sempre regulados, fiscalizados e melhorados.

O documento não traz nenhuma análise aprofundada sobre a extensão da rede substitutiva existente, notadamente inferior à necessidade, não somente devido ao processo de fechamento dos hospitais, mas à adoção de políticas neoliberais que não estiveram colocadas somente para o campo da saúde mental, mas todas as políticas públicas, especialmente àquelas de caráter social que podem auxiliar na melhora da cidadania da população.

É importante frisar que portarias e resoluções anteriores à nota técnica já disponibilizavam elementos que demonstravam a total contradição frente à Lei 10.216/01 que reconhecida mundialmente por modificar o tratamento de modelo asilar para o modelo psicossocial, deu centralidade ao território como locus privilegiado do cuidado (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002). Contradizendo a referida Lei a nota técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2019b) “carimba” o retorno a um passado que ainda não havia sido superado, mas que havia avançado consideravelmente na implantação de uma lógica de cuidado não manicomial (TENÓRIO, 2002; NICÁCIO, 2002).

Tendo em vista as alterações na política de saúde mental e as suas reverberações, compreendemos que a cidadania dos usuários de saúde mental e usuários de álcool e outras drogas está em jogo, em um novo terreno de disputas. As frentes conservadoras que defendem e propõem leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas vestem-se de novas roupagens, utilizam-se do próprio discurso da Reforma Psiquiátrica e afirmam sua ineficácia parcial, tratando a cidadania dos usuários sob aspectos relacionados à “reinserção social”.

Caminhando na mesma direção que a referida nota técnica, foi publicado o decreto nº 9.761/2019 (BRASIL, 2019c) que revogou o decreto nº 4.345/2002 e institui a nova Política Nacional Sobre Drogas. A minuta deste decreto tem por objetivo estabelecer uma nova Política a partir das conclusões do Grupo Técnico Interministerial instituído pelo CONAD. Mantém a direção combativa ao tráfico e uso de drogas, elencada no decreto anterior (BRASIL, 2002), mas acrescenta diversas apresentações de estatísticas e dados científicos internacionais.

Cabe indicar que a nova Política Nacional sobre drogas utiliza dados do II Levantamento Nacional de Álcool e outras drogas (LENAD), realizado pela Unifesp sob supervisão de Ronaldo Laranjeira (UNIFESP, 2014) e do Relatório Mundial sobre drogas do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2018) da Organização das Nações Unidas (ONU). Todavia, a nova Política Nacional sobre drogas ignora os dados existentes nos dois relatórios acerca das particularidades da sociedade brasileira, focando-se em dados mundiais e generalistas. Ignorando o quadro social e econômico do país, reafirma contundentemente que o uso de drogas se expandiu consideravelmente nos últimos anos e expõe reiteradas ações concretas do Poder Público para redução da oferta e da demanda de drogas.

Utilizando-se do Relatório da UNODC (2018), refere dados que demonstram que entre 2000 e 2015, houve um crescimento mundial de 60% no número de mortes causadas diretamente pelo uso de drogas, impactando consideravelmente os serviços de segurança pública, educação, saúde, sistema de justiça, assistência social, bem como os espaços familiares e sociais. Entretanto ignora que o próprio documento ressalta que os dados estatísticos possuem diferenças e peculiaridades por continentes e mesmo regiões, que guardam consigo íntima relação com o nível econômico e social (UNODC, 2018).

Na América Latina e Caribe, por exemplo, foram observados aumento do uso de maconha, opióides e outras drogas, como solventes. No Brasil, a maior concentração de usuários que realizam tratamento para o uso prejudicial envolvem, nesta ordem, aqueles que fazem uso de cocaína, maconha e inalantes como drogas primárias. Ao passo que, em relação ao ranking de morte entre os usuários, este segue sendo ocupado por aqueles que fazem uso de tranquilizantes e sedativos, seguido pelos usuários de sintéticos/anfetaminas, solventes/inalantes e opiácios. Estes dados não são apresentados na nova Política Nacional sobre drogas.

Ademais, o Relatório da UNODC (2018) refere aumento da taxa de mortalidade por uso de drogas mundialmente, aponta crise do uso de opióides (ópio, morfina e heroína) e abuso de medicamentos controlados, que tem matado mais do que as demais substâncias

(UNODC, 2018). Chama-nos atenção o fato de que, apesar de utilizar-se de um relatório que fornece dados globais que apontam o aumento do uso indevido de medicamentos controlados e surgimento de novas drogas, a nova Política Nacional de Drogas (BRASIL, 2019c) não propõe quaisquer medidas específicas para essa questão. Além disso, informa que a maconha é a droga mais utilizada mundialmente, reafirma a proibição de cultivo e uso da *cannabis*, ainda que os dados do relatório demonstre que apesar de ser a drogas mais utilizada mundialmente, é a que menos mata.

Os dados utilizados pela Política Nacional Sobre Drogas (BRASIL, 2019c) não refletem a especificidade do Brasil e de seus usuários, ainda que o Relatório da UNODC forneça elementos que devam ser considerados, como o dado referente ao uso de drogas entre os grupos da infância e juventude. Há duas tipologias extremas de uso nestes grupos: drogas na vida noturna e recreativas entre os jovens afluentes X o uso de inalantes entre crianças em situação de rua, para lidar com suas circunstâncias adversas de vida (UNICOD, 2019). A política Nacional de Drogas somente indica os números estatísticos de aumento do uso de drogas entre crianças e adolescentes, sem fazer nenhuma diferenciação do uso, riscos e, portanto, estratégias de controle distintas.

Outrossim, cabe registrar que a nova Política Nacional sobre drogas (BRASIL, 2019) não cita o último Relatório Brasileiro sobre drogas, publicado em 2009 pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (BRASIL, 2009). Neste relatório existem dados que evidenciam a eficácia da redução de danos no Brasil. Além disso, ressalta a cultura do uso prejudicial de álcool e as inúmeras consequências para as políticas de saúde e de segurança pública, demonstrando que as medidas necessárias para o seu controle devam ser pautadas e direcionadas pela redução de danos.

O que queremos ressaltar é que há uma negação da situação social brasileira, inclusive de dados científicos produzidos nacional e internacionalmente. Estes dados revelam o aumento do número de mortes no somente pelo uso de drogas, mas aquelas indiretas, ocasionadas pela “guerra às drogas” (HARI, 2018), pelo crescente aparecimento de novas drogas sem controle e vigilância – como os derivados da cocaína, novos solventes e sintéticos (UNICOD, 2019) –, além do encarceramento em massa<sup>42</sup>, que prende jovens e adultos que entram para criminalidade por dificuldades econômicas e sociais (UNICOD, 2018; HARI, 2018).

---

<sup>42</sup><https://jornalggn.com.br/brasil/a-proibicao-de-drogas-mata-mais-que-seu-uso-aponta-zaccone/>: Visitado em abril de 2019.

Importante frisar, ainda, que a Política Nacional sobre drogas (BRASIL, 2019) propõe medidas retrógradas de manutenção de controle de oferta e demanda baseada na força e no medo, com incremento das forças policiais e de segurança nacional, com apoio da sociedade civil que, segundo a própria Política Nacional sobre drogas (BRASIL, 2019) mantém-se desfavorável à legalização das drogas. Propõe foco no combate ao tráfico, em busca de uma sociedade protegida do uso de drogas. Afirma que deverão ser realizadas ações de forma articulada e cooperada, que envolvam o governo e a sociedade civil, buscando alcançar as esferas de prevenção, tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, ações de combate ao tráfico e ao crime organizado, bem como de ampliação da segurança pública (BRASIL, 2019c).

Há alguns anos é discutida e esperada por grupos pró-legalização, como a REFORMA<sup>43</sup>, uma nova Política Nacional sobre drogas que caminhasse para a descriminalização parcial de drogas, especialmente relacionado ao cultivo de *cannabis* para uso pessoal e estudos para fins medicinais e controle de doenças. No entanto, a nova Política Nacional sobre drogas (BRASIL, 2019) mantém posição contrária à legalização das drogas, estabelecendo inclusive que as estratégias de tratamento terão o objetivo de que o usuário fique e permaneça abstinente do uso de drogas.

Assim, a Política Nacional sobre drogas (BRASIL, 2019b) reafirma uma sociedade livre e abstinente das drogas. Para o tratamento dos usuários propõe estratégias de ação como Promoção de Abstinência, Suporte Social, Promoção da Saúde e “Redução de Riscos Sociais e à Saúde e Danos”. Cabe registrar que a última ação não está vinculada à redução de danos aos moldes discutidos em nosso marco teórico, nem mesmo aquele referenciado na Constituição Federal de 1988, sendo sua utilização, aqui, defendida para buscar, exclusivamente e para todos os usuários, a abstinência (BRASIL, 2019c).

Como abordado por Lima (2010), o problema das drogas, além de funcionar como um “álibi” para interesses econômicos e políticos, que mercantilizam a vida social e reproduzem a criminalização da pobreza, no Brasil, atualiza a malha estrutural conservadora própria desta sociedade, auxiliando na manutenção de um específico tipo de proibicionismo às drogas. Este

---

<sup>43</sup> A Rede Jurídica pela Reforma da Política de Drogas (REFORMA), criada em 2016, é composta por um conjunto de juristas que se dedicam a repensar e propor novos rumos para a política de drogas no Brasil. Suas principais atividades estão relacionadas à facilitação do acesso à justiça em benefício de direitos relacionados ao uso e cultivo de *cannabis* e compartilhamento de informações jurídicas para associações e clubes, cooperativas de produção, pesquisadores, empreendedores, projetos políticos e movimentos sociais, principalmente os de periferia. Atuam em defesa de pessoas presas e processadas pela lei de drogas com importantes vitórias nos tribunais. Têm conquistado espaços com vitórias de decisões judiciais envolvendo a autorização ou salvos-condutos para cultivo de *cannabis* com fins terapêuticos. Para mais: [www.reforma.org.br](http://www.reforma.org.br)

proibicionismo, do tipo criminalizador, traz como consequências a “dificuldade para o diálogo, problema para busca de informação qualificada, estigmatização do consumidor, demonização da droga e do “traficante”” (LIMA, 2010, p. 107-108).

Além disso, a história nos mostra que o mundo já viveu tempos em que era pouco possível afirmar e pensar uma sociedade longe das drogas, mas que também viveu tempos sombrios de grande radicalidade e perseguição ao uso de determinadas substâncias psicoativas, inaugurando a “guerras às drogas” na década de 1930 nos EUA. No Brasil, este tipo específico de proibicionismo parece se misturar com outras violências estruturais, produzindo opressão, barbárie e morte, colocando a cidadania e vida de inúmeros cidadãos a mercê de interesses escusos.

Visto nossa revisão documental, é perceptível que os usuários de álcool e outras drogas seguirão enfrentando a discriminação e a criminalização do uso de drogas ilícitas, capitaneados pelo proibicionismo, o que coloca em risco as garantias individuais da população em troca de uma solução simplista (a proibição), pautadas em medidas radicais (força, prisão, medo, abstinência exclusiva) para lidar com um problema histórico e de grande complexidade relacionado ao uso de drogas.

Nesse ínterim, a cidadania dos usuários de drogas segue sendo alijada e comprometida de seu exercício. A importância da redução de danos está localizada em que, institucionalizada ou não enquanto uma política pública nacional, mesmo não colocada na Política Nacional sobre drogas, seu compromisso com os interesses dos usuários de álcool e outras drogas são, mais do que nunca, de suma importância para garantia da luta permanente por direitos e cidadania.

#### 4.3 “Balanço geral”

Analisadas as legislações compreendidas entre 2002 até abril de 2019 é possível afirmar que nunca houve muita clareza e unanimidade acerca dos direitos dos usuários de drogas. Isso porque, para pensarmos os direitos e a cidadania dessa população, é necessário considerar não somente as políticas de saúde, mas àquela que legisla sobre o controle de drogas no país.

De 2002 até meados de 2012 vimos um crescente avanço e amadurecimento no campo da saúde e saúde mental em prol de um cuidado que, através da redução de danos, pautou-se em cuidado em serviços comunitários de base territorial. Sob a lógica da redução de danos, estes serviços de base territorial prezam pelo respeito, humanização e ampliação de direitos,

tais como as políticas de DST/AIDS, Saúde Mental e Atenção Primária, que buscaram garantir o direito ao acesso e cuidado em saúde aos usuários de álcool e outras drogas.

Entretanto, motivo de muita confusão nos dispositivos e no meio acadêmico, é preciso notar que a redução de danos nunca foi uma política pública. Nunca existiu uma Política Nacional de Redução de danos, que se colocasse para a saúde e/ou para segurança pública. Ainda assim, a redução de danos penetrou portarias, leis e decretos como direção de cuidado na saúde pública. Além disso, no período de 2002 a 2012 forças contrárias se mantinham presentes e outras modalidades de tratamento seguiam concorrentes e atuantes: grupos de ajuda mútua, internações, comunidades terapêuticas, comunidades religiosas, etc.

Ao pautar-se na redução de danos para o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, a Política Nacional de Saúde Mental (2002-2012) entra em choque com a Política Nacional sobre drogas vigente, que criminaliza o uso de drogas na sociedade contemporânea e o usuário ativo daquela Política. Ainda que nos últimos anos tenha aumentado o número de juristas a favor da descriminalização e a favor de uma Política Nacional sobre drogas antiproibicionista<sup>44</sup> e democrática, o debate não acompanhou com o mesmo fervor, tendo a nova Política Nacional sobre drogas (2019c) seguido com radicalidade o caminho do proibicionismo.

É evidente que, ao lado do endurecimento das Leis que punem e criminalizam os usuários de drogas, o financiamento público de leitos em Comunidades Terapêuticas e a direção de reinserção social dos usuários podem não responder à complexidade em que o uso de drogas está inserido. Ao mesmo tempo, esse movimento pode radicalizar o interesse em retirar da cena pública os indesejáveis e ditos inimigos da sociedade que se pretende livre de drogas, sem ofertar-lhes outros modos de cuidado e de vida que não passem pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas, isto é, sem integração com as políticas sociais voltadas aos direitos de cidadania.

Devido ao caráter dos documentos analisados (legislações em sua maioria), nenhum deles discute o conceito de cidadania. A nosso ver, a noção de cidadania apresentada pelos documentos se aproxima à noção republicana, tratada por Hopenhayn (2002), como aquela que está integrada a mecanismos e sentimentos de pertença do indivíduo a uma comunidade

---

<sup>44</sup>A proposta de Rodrigo Mesquita, da Rede Jurídica pela Reforma da Política de Drogas (REFROMA), é a de uma política de drogas antiproibicionista, que regule as relações humanas com substâncias psicoativas. A ideia, segundo ele, é chegar “ao caminho que outros países têm experimentado de uma regulação segura, racional e humana de produção, de distribuição e de consumo de determinadas substâncias psicoativas”. Fonte: <https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/DIREITO-E-JUSTICA/569651-JURISTAS-DIVERGEM-SOBRE-LIBERACAO-DO-CONSUMO-RECREATIVO-DE-DROGAS.html>, Visitado em 15/04/2019.

ou Nação, bem como à participação dos sujeitos na “coisa pública” e na definição de projetos de sociedade (HOPENHAYN, 2002).

Além disso, Hopenhayn (2002) observa que a droga e a violência operam como dois fantasmas da vulnerabilidade na sociedade contemporânea, cujos fundamentos reais estão localizados em outros âmbitos da vida social, como a instabilidade do trabalho, a perda de ideologias de referências e as incertezas diante do futuro. Notoriamente ainda vivemos todos em um período de instabilidade política e econômica. Por isso mesmo, ponderamos que estes fantasmas da vulnerabilidade podem resguardar novas inseguranças, que se não reconhecidas em suas verdadeiras origens, podem convocar medidas autoritárias e violentas.

Isso porque, como colocado por Johann Hari, cientista social e escritor do livro *Na Fissura, uma história do fracasso no combate às drogas (2018)*, as pessoas estão corretas em desejarem uma mudança, pois é indecente a quantidade de homicídios no Brasil, onde o patamar de violência está aumentando, bem como o terror e temor na sociedade. Todavia, a tragédia é que tem sido comerciada uma falsa solução, que piorará e agravará ainda mais o problema das “drogas” e da “violência”.

Assim sendo, cabe pensarmos quais serão os desafios colocados para a RPB nos próximos anos. Para esta avaliação, consideramos importante recuperar o documento de registro da III CNSM<sup>45</sup> que se voltou para a reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental sob o lema “Tratar sim, excluir não”. Em seu documento final afirmou que a RPB têm, em sua própria essência, a busca incessante do direito e da cidadania. Passados 18 anos, como colocado na III CNSM, a RPB avançou em grandes aspectos e, por isso mesmo, segue sendo um espaço marcado por tensões, avanços e resistências, construções e dificuldades, como todo processo que busca alterações de práticas, valores sociais, culturais e profissionais (BRASIL, 2002). Consequentemente, a RPB nunca esteve livre de ataques e reviravoltas.

Aqui tratamos excepcionalmente dos documentos oficiais que envolvem o tratamento aos usuários de drogas e vimos o momento de regressão nos direitos, mas é importante ressaltar que o ataque é generalizado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e outras políticas públicas que envolvem a proteção social (assistência social, previdência social). Dito isso, é importante notar que as fragilidades da RPB envolvem também as fragilidades da implementação de outras políticas públicas, de modo que o respeito à cidadania, colocado pela RPB e firmado na Constituição Federal de 1988, sempre se estabeleceu como um

---

<sup>45</sup>Apesar de não estar incluída em nossa revisão documental, cabe registrar que foram encontradas as seguintes menções no documento final da III CNSM: Redução de danos (5); Cidadania (31); direitos humanos (25); direitos sociais (2); políticas sociais (3); autonomia (13); participação social (1); inclusão social (9); reabilitação social (1); emancipação (1); reinserção social (11).

horizonte. Essas compreensões indicarão, de algum modo, os desafios que a RPB terá que enfrentar nos próximos anos.

Destarte, a ofensiva neoliberal aos direitos diz respeito às escolhas atuais por projetos públicos cada vez menos comprometidos com a melhoria das condições de vida, com a garantia de direitos de cidadania, com a redução das desigualdades sociais e com o enfrentamento da exclusão social. Esta ofensiva faz-se presente no país desde a década de 1990 e vem tomando rumos de novos (des)investimento de recursos públicos. Nesse momento, de modo a reacender a luta pela cidadania da população, será necessário o resgate das forças motrizes da própria RPB, forças que atuaram nos contextos e momentos sóciohistóricos em que poucos imaginavam ser possível falar e defender uma sociedade sem manicômios. Por fim, urge então articularmo-nos com outras lutas que não somente envolvam a redução de danos, mas demais movimentos da sociedade civil que lutam pela cidadania da população.

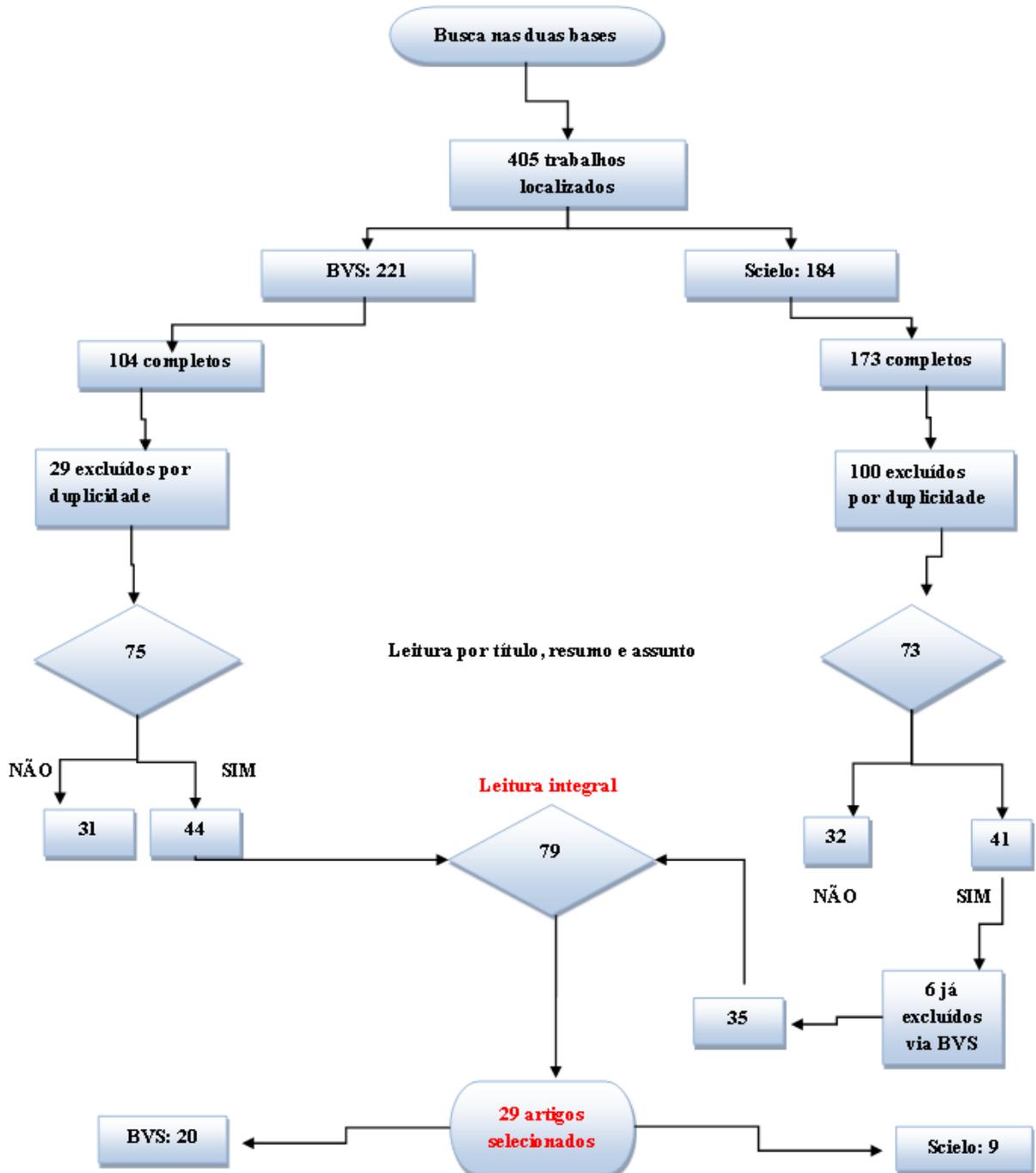
## 5. Revisão da literatura

Neste capítulo buscamos apontar as concepções e conceituações de redução de danos apresentadas em artigos científicos previamente selecionados e sua correlação com a cidadania. Utilizando-nos dos descritores apresentados no capítulo de método, realizamos a busca por título, resumo e assunto primeiramente na base de dados BVS salud, onde obtivemos o resultado de 221 artigos, entre os quais 104 continham documentos completos e disponíveis. Destes, 13 artigos apresentavam duplicidade e 1 triplicidade nos resultados. A partir dos critérios de inclusão e exclusão apresentados no capítulo de método, a avaliação por título, resumo e assunto nos fez reduzir para 44 artigos. Após leitura na íntegra, selecionamos 20 artigos.

Em seguida, realizamos nossa segunda busca, agora na base de dados da SciELO, onde foram encontrados 184 artigos. Destes, 11 estavam indisponíveis e 50 apresentavam duplicidade. Dos artigos que puderam ser avaliados por título, resumo e assunto, foram selecionados 41 para leitura integral. Destes 41 artigos, 6 já haviam sido excluídos através da primeira busca pela BVS salud. Chegamos a um total de 20 artigos. Todavia, o entrecruzamento entre os artigos das duas buscas realizadas identificou que 11 já haviam sido lidos e selecionados pela BVS salud. Deste modo, somente 9 novos documentos encontrados na SciELO foram incluídos no rol de artigos científicos a serem analisados.

Assim, conforme indicado pelo fluxograma abaixo, seguindo os passos já descritos, nossa revisão narrativa da literatura será construída a partir da análise de 29 artigos, 20 captados pela BVS Salud e 9 pela SciELO.

**Figura 1** – Fluxograma de busca nas bases da BVS Salud e SciELO



Fonte: Elaboração própria, 2019.

Cabe ressaltar que não foi pré-definido período para as buscas, mas após a seleção final foi possível perceber que os artigos estão compreendidos entre os anos 2001 a 2018. No que se refere aos critérios de exclusão, cabe esclarecer que, na primeira avaliação por leitura de título, resumo e assunto, foram excluídos aqueles artigos que fugiam totalmente à temática elegida; não discorriam sobre drogas sob os aspectos da redução de danos, mas exclusivamente no âmbito das discussões em torno do tráfico de drogas, da política de drogas, da violência e do cárcere e, também, aqueles que tratavam de experiências internacionais. Isso

porque, como indicamos, nossa pesquisa está relacionada às produções e experiências brasileiras, uma vez que consideramos que esta possui suas particularidades quando comparada a outros países, especialmente pelo alcance da cidadania nos diferentes países.

Assim sendo, na segunda avaliação, isto é, na leitura dos artigos completos, foram excluídos os artigos científicos que não abordam os usuários de drogas, embora tratem da questão da cidadania em face da vulnerabilidade social de grupos minoritários: população em situação de rua, profissionais do sexo, pacientes portadores do vírus HIV, pacientes em acompanhamento para tuberculose e pessoas em sistema de reclusão pelo sistema penitenciário. Além disso, aqueles em que o assunto da cidadania do usuário de drogas era discutido sob os aspectos que não incluíam a redução de danos também foram excluídos.

Os artigos que tratavam de pesquisas sobre a percepção e dificuldades de profissionais com a redução de danos, ainda que direcionada aos usuários de drogas, mas que não apresentavam elementos para discussão sobre a cidadania, também foram excluídos. Além destes, aqueles em que boa parte do documento se detinha em apresentar o histórico da redução de danos e/ou dos aspectos do proibicionismo pautado na “guerra às drogas” também foram descartados.

Dos 29 artigos selecionados, 14 são pesquisas ou reflexões teóricas; 13 apresentam estudos avaliativos ou mapeamento de programas e/ou dispositivos de cuidado, com o suporte de pesquisa de campo que envolveu profissionais ou usuários. Além destes, 2 artigos científicos estão correlacionados ao campo da educação. Para melhor visualização do conteúdo de cada um dos artigos, criamos um quadro informativo (quadro informativo 4, em anexo) composto por título, autores, ano de publicação, local e período de realização do estudo/pesquisa, método de estudo. Além dessas informações, incluímos palavras e frases chaves que compõem a concepção de redução de danos e àquelas que orientam a concepção de cidadania. Por fim, indicamos as normativas, leis e portarias utilizadas pelos autores em cada um dos artigos.

De antemão, cabe ressaltar que, dos 29 artigos selecionados, 14 apresentavam experiências de RD que se utilizam da Política Nacional do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas (2003) como base para análise das experiências e pesquisas que apresentam. Isso demonstra que documentos e normativas oficiais podem impulsionar e induzir o cuidado e discussão em saúde pública a grupos populacionais específicos, neste caso, os usuários de álcool e outras drogas. Além da indução no cuidado e da discussão sobre este cuidado, também podem ocasionar reflexões para além do uso de álcool e outras drogas, perfazendo discussões mais aprofundadas sobre a temática das drogas

no mundo contemporâneo. Todavia, é também percebido que em alguns momentos os documentos e legislações que norteiam as políticas públicas são utilizados como fundamentação teórica pelos autores.

As conceituações e concepções de redução de danos são apresentadas nos artigos sob diferentes olhares e perspectivas que estão interligados à concepção teórica utilizada pelos autores e suas visões de mundo. Desde o nascimento da redução de danos enquanto estratégia até o momento em que pode ser percebida como um método de cuidado há muitas compreensões que não necessariamente se contrapõem ou se contradizem. Mas, que representam um movimento não linear de um modo de cuidar que se propõe cada vez mais abrangente e democrático, direcionado à defesa da cidadania e da vida dos usuários de álcool e outras drogas. Foram observados diversos significados e abordagens para a redução de danos, muitas delas apresentadas em um mesmo artigo.

Compreendemos que as apresentações múltiplas do conceito redução de danos nos artigos dizem respeito à história da redução de danos, bem como os processos históricos (locais e territoriais) que constituíram os serviços de que os pesquisadores tiveram contato durante suas explorações e pesquisas – e que fundamentalmente guarda relação com o paradigma clínico que os serviços adotam.

Segundo Santos et al (2010), a redução de danos reproduz práticas muitas vezes sem evidenciar as bases teóricas que as sustentam. Do nosso ponto de vista, isso pode ter relação com a história da redução de danos e seu processo de evolução no Brasil, que nasceu de modo mais pragmático no campo das estratégias de cuidado no campo das IST/HIV/AIDS, ganhou características que incluem a defesa dos direitos humanos e da humanização do cuidado e, ao mesmo tempo, deslocou-se para o campo da saúde mental, firmando-se no modelo da atenção psicossocial.

A redução de danos parece guardar características que foram sendo criadas e modificadas à medida de sua “complexificação” enquanto noção, lógica, conceito. Assim, acreditamos que a redução de danos hoje pode ser percebida com algumas nuances daquela que nasceu há 30 anos, mas que guarda consigo aspectos e características que vamos buscar destrinchar ao longo deste capítulo.

Em 22 artigos foi possível delimitar e descrever a concepção de redução de danos com a qual os autores trabalham. Em 3 artigos há a descrição da redução de danos que inclui a compreensão dos próprios profissionais que atuam com ela. Além disso, 3 artigos ressaltam, de algum modo, o papel do redutor de danos, abrindo-nos espaços para explorar a sua

importância no trabalho com usuários de álcool e outras drogas. Somente um dos artigos explora a compreensão dos usuários sobre redução de danos.

Dos 26 artigos, 12 fazem ao menos uma menção direta ao termo “cidadania”. Mesmo quando citada/mencionada, cidadania aparece sem qualquer definição teórica. Por outro lado, em todos os artigos foi possível correlacionar redução de danos à cidadania, ainda que não realizem aproximações sempre explícitas entre os dois conceitos. Para tanto, procuramos identificar em todos os textos nossos descritores de pesquisa, adotados em função de suas ligações com o termo cidadania, tais como, dignidade da pessoa humana, cidadania, cidadão, direitos humanos, proteção social, dentre outros.

Ainda assim, cabe aqui uma crítica ao modo de produção científica de artigos da atualidade, que tendem a comportar menos espaço para as discussões e reflexões teóricas, pautando-se, principalmente, na apresentação dos resultados das pesquisas. Deste modo, é preciso que haja a ressalva de que, ainda que o autor não tenha colocado nenhuma conceituação sobre o termo cidadania, não significa que ele não a adote no seu modo de analisar o tema e os resultados de pesquisas.

Organizamos nossa apresentação e discussão sobre redução de danos e cidadania a partir de três categorias conceituais, que denominamos “prismas”<sup>46</sup>, no sentido de que cada um dos prismas pode se decompor em espectros que representam um determinado “modo de ver”. Os prismas são denominados: prisma do pragmatismo, prisma da humanização e prisma da emancipação.

Através de seus estudos sobre trabalhos científicos que abordam a temática da redução de danos, Santos et al (2010), Moraes (2009), Machado e Boarini (2013) e Araujo e Pires (2017) afirmam que existem diversas compreensões de redução de danos entre os autores do campo, muitas vezes em um mesmo artigo, sendo aceitável falar sobre várias redução de danos possíveis. Moraes (2009) adverte que essas múltiplas definições podem levar a redução de danos a radicalidade do pragmatismo, setorizando as relações entre sujeito e objeto, desconectando-os da totalidade social. Machado e Boarini (2013) observam que, além disso, no debate atual persiste a falta de clareza tanto no âmbito teórico quanto prático.

Já Araújo e Pires (2017) reconhecem que as diversas compreensões acerca da redução de danos somam-se a outros obstáculos para sua efetivação, mas compreendem-na como um princípio crucial para a concretização dos direitos dos usuários de álcool e outras drogas. Afirmam os autores que, ao lançar novos olhares sobre o sujeito, a redução de danos pode

---

1. Para a física “prisma” é um sólido de seção triangular que tem a propriedade de decompor a luz branca no espectro de cores. No sentido figurado, está relacionado a modo de ver ou considerar algo, tal qual um ponto de vista.

ofertar acolhimento e cuidado, rompendo com a marginalização desses usuários. A nosso ver, esses aspectos, junto à defesa da liberdade de escolha e protagonismo do usuário em seu cuidado amplamente defendidos por estes autores, aproximam a redução de danos ao conceito de cidadania.

Ponderamos que, em nossa pesquisa, as compreensões observadas não parecem se distinguir entre si, o que geraria então múltiplas e possíveis reduções de danos. O que percebemos em nossa revisão é que os autores se utilizam de inúmeras características (empático, humanizado, respeitoso, ético) e também de palavras que de alguma forma se aproximam (abordagem, estratégia, princípios, diretrizes, modelo), mas que não necessariamente preservam o mesmo significado e nem sempre esclarecem o “conceito” de redução de danos. Observamos que mesmo diante de modos distintos de percebê-la, há muito mais semelhança, aproximação e sobreposição nesses modos de descrição do que diferenças radicais que apontassem distintas reduções de danos.

As determinações por prismas não podem ser divididas por ano de publicação, posto que os modos de apresentar a redução de danos nos artigos são distintos entre si e não revelam necessariamente uma “época” ou uma “específica” prática de redução de danos, ainda que seja possível relacionar o prisma do pragmatismo com o cenário de nascimento e os outros dois de desenvolvimento/afirmação da redução de danos.

Assim sendo, cada prisma busca apresentar uma compreensão de redução de danos e de cidadania. Os artigos foram separados a partir de aspectos que neles predominavam para facilitar o desenvolvimento de nossa discussão, mas, não necessariamente, estão alocados em um prisma de maneira estanque, isto é, podem apresentar mais de um destes “modos de ver”. Para isso, procuramos abordar: a compreensão dos autores e/ou dos profissionais e usuários sobre a redução de danos e suas funções; a visão de sujeito apresentada; os modos de implementação e da prática da redução de danos; a figura do redutor de danos e, por fim, como cidadania pode ser observada.

Abaixo identificamos os prismas e os respectivos artigos correspondentes por autores e ano de publicação.

Quadro 3: prismas e artigos correspondentes.

Prisma do Pragmatismo	Prisma da Humanização	Prisma da Emancipação
-----------------------	-----------------------	-----------------------

6 artigos: Alves (2009); Nardi e Rigone (2009); Mansur (2011); Souza et al (2012), Araújo et al (2013) e Dias et al (2016).	16 artigos: Queiroz (2001); Moreira, Silveira e Andreoli (2006); Delbon, Daros e Ferreira (2006); Moraes (2009); Santos et al (2010); Souza e Monteiro (2011); Fonsêca (2012); Ives e Lima (2013); Machado e Boarini (2013); Maliska, et al (2014); Souza e Carvalho (2014); Santos e Costa (2016); Silveira (2016); Araújo e Pires (2017); Cezar e Oliveira (2017); Teixeira et al (2017).	7 artigos: Passos e Souza (2011); Vasconcelos (2015); Calassa, Penso e Freitas (2015); Valério e Nascimento (2017); Souza et al (2017); Bastos e Albertini (2018); Teixeira et al (2018).
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Elaboração própria

Realizar os agrupamentos dos artigos em prismas é uma tarefa que requer atenção e cuidado, posto que existe uma miscelânea nos modos de descrever o que é redução de danos, sem necessariamente realizar sua explanação enquanto conceito. Dito isso, como já mencionado, os artigos podem “passear” entre dois ou até mesmo os três prismas, já que não estamos interessados em agrupar somente por “palavras” observadas nos artigos, mas captar as compreensões que elas podem carregar.

Nosso intuito não é valorar os presentes artigos, nem mesmo indicar que determinado prisma é mais ou menos importante do que os demais. Nosso esforço é realizar aproximações e articulações entre os respectivos artigos, percebendo os conceitos e características de redução de danos que são privilegiados nas produções. A partir dessa ótica, buscamos realizar nossas análises, vislumbrando o modo pelo qual a cidadania tem aparecido no campo álcool e outras drogas, sob égide da redução de danos e da atenção psicossocial.

### 5.1 Prisma do Pragmatismo

O prisma do pragmatismo é composto por 6 artigos: Nardi e Rigone (2009); Alves (2009); Mansur (2011); Souza et al (2012), Araújo et al (2013) e Dias et al (2016). De modo geral, todos estes artigos “transitam” também pelo segundo prisma, mas suas características mais marcantes, que ressaltaremos a seguir, os identificam neste prisma. Nos seis artigos há a compreensão de redução de danos como estratégia e uma abordagem possível ao uso de álcool e outras drogas, associada à educação em saúde ou comunitária. Os artigos tendem a apresentar uma compreensão mais pragmática da redução de danos e mais instrumental da cidadania, o que não significa que possam, em alguns momentos, apresentar uma visão algo mais abrangente.

Acreditamos que refletir sobre o cuidado em redução de danos, e o que este enquanto método guarda junto ao conceito de cidadania, requer que sejam expostas as noções de sujeito

veiculadas pela redução de danos, pois consideramos que algumas noções constituem indicativos preciosos para reverberações éticas, políticas e, também, práticas. Nos artigos que compõem este prisma, a redução de danos aparece sob uma visão técnica em saúde pública, que não inclui o sujeito singular, mas o indivíduo enquanto usuário e/ou grupos de usuários frente aos quais os profissionais de saúde vão se debruçar. Aproxima-se mais da visão de redução de danos enquanto modelo de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, estabelecido por ações e práticas em serviços flexíveis e acessíveis (MANSUR, 2011; SOUZA et al, 2012; ARAÚJO, 2013).

Essa visão aparece de modo restrito, sendo o usuário concebido como alguém sem determinado conhecimento, que deve obedecer às novas informações e recomendações passadas por profissionais. Contudo, alguns desses artigos descrevem experiências de cuidado que valoriza algum tipo de negociação com os usuários, o que indica a possibilidade de reconhecimento da centralidade do sujeito e não da substância (ALVES, 2009; NARDI e RIGONE, 2009; MANSUR, 2011; SOUZA et al 2012; DIAS et al, 2016).

No que diz respeito à implementação da prática da redução de danos, os artigos descrevem as explicações sobre os prejuízos do uso e a oferta de insumos, bem como outros esclarecimentos em saúde, podendo prevalecer ou não uma visão biomédica. A redução de danos é centrada no que funciona (pragmatismo), com visão tolerante/empática/solidária/respeitosa à diversidade, com foco no que pode ser mudado (troca de substâncias, alteração no padrão de uso, autocuidado, dentre outras). Nota-se que na percepção dos autores dos artigos que compõem este prisma, a redução de danos deve mirar no coletivo, compreendido enquanto grupos vulneráveis, e nos efeitos sociais que se apresentam na coletividade (doenças infectocontagiosas, em sua maioria).

Ademais, as experiências e pesquisas apresentadas nos artigos pautam-se na proposta de educação em saúde para autonomia, com foco na pessoa/indivíduo e não na droga. Esta inclui práticas de acolhimento de escuta e de diálogo e é muito associada à prevenção e promoção em saúde. O redutor de danos é visto como o profissional responsável pela materialização da redução de danos, mas antes como um executor das práticas e ações nos espaços das Unidades (não somente de saúde) e no território.

Nesse prisma cidadania é colocada de maneira instrumental. Os artigos tangenciam a temática da cidadania, por vezes relacionada à reinserção social (SOUZA et al, 2012). Pautam-se principalmente no respeito do direito ao consumo e do direito ao acesso a algum cuidado em saúde pública (NARDI e RIGONE, 2009; SOUZA et al 2011; ARAUJO, SILVA e OLIVEIRA, 2013). De modo geral, cidadania está relacionada à própria redução de riscos e

vulnerabilidades que poderão ser evitadas com algumas práticas de redução de danos, as quais acarretarão em melhora do quadro geral de saúde e qualidade de vida. O respeito ao indivíduo e a não exigência da abstinência são compreendidos como propulsores de inclusão social e, assim sendo, de algum modo, de cidadania. Em suma, o cuidado tem por intuito a reinserção social do usuário, sendo este compreendido enquanto indivíduo e/ou cidadão como qualquer outro na sociedade. O protagonismo do usuário está relacionado ao conhecimento e manejo do uso particular das substâncias (MANSUR, 2011).

Para Nardi e Rigone (2009), redução de danos nasceu de um movimento social em defesa da cidadania dos usuários de álcool e outras drogas. Atualmente, a redução de danos constituiu-se enquanto estratégia que procura incentivar a busca por uma saúde possível para usuários de álcool e outras drogas, bem como os seus familiares, servindo como instrumento de luta pela garantia de seus direitos. Apesar de colocarem a redução de danos como propulsora da cidadania dos usuários de álcool e outras drogas, não a conceituam, de modo que esta parece estar ligada com direito ao acesso e acompanhamento em saúde.

Buscando caracterizar os modelos brasileiros de atenção à saúde aos usuários de álcool e outras drogas, Alves (2009) identifica dois posicionamentos políticos no campo: o proibicionismo e a abordagem de redução de danos. Segundo o autor, desde os anos 2000 as políticas públicas de drogas brasileiras estiveram permeáveis à abordagem da redução de danos. Para o autor, redução de danos é uma abordagem sustentada por princípios pragmáticos que, observando a impossibilidade de uma sociedade livre de drogas, oportunizam estratégias para minimizar os danos para os usuários e para a coletividade.

Apesar de compreender que a criminalização dos usuários de drogas reflète de maneira direta em seus direitos sociais e de cidadania, Alves (2009) delimita que a racionalidade da redução de danos pode proporcionar acesso aos serviços de saúde e de tratamento, garantindo o direito à saúde aos usuários de álcool e outras drogas. A nosso ver, assim como em Nardi e Rigone (2009) esta é uma compreensão instrumental da cidadania, limitada particularmente ao direito de acesso aos serviços de saúde.

Visão um pouco diferente é apresentada por Souza et al (2012) e Mansur (2011). Tendo como norteadores a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral dos Usuários de álcool e drogas (2003), a Política Nacional sobre drogas (2005) e preconizações da Organização Mundial da Saúde (OMS) com relação à prevenção e controle do uso abusivo de drogas, Souza et al (2012) pretendem avaliar as intervenções de um CAPS AD e de um programa de redução de danos em Alegrete (RS). Mansur (2011) reuniu de modo sistemático as ideias e compreensões em torno da Política de Redução de Danos sociais e à saúde,

especificamente, dos usuários de drogas injetáveis, trazendo consigo o histórico da redução de danos. Tanto para Souza et al (2012) quanto para Mansur (2011) a redução de danos é uma estratégia e política de saúde pública, com o objetivo de controle das possíveis consequências adversas ao consumo de álcool e outras drogas, visando a melhoria do bem-estar físico e social do usuários.

Para estes autores a prática da redução de danos deve ser organizada a partir do respeito aos indivíduos e o direito ao consumo e, diante desse posicionamento, propor a redução de prejuízos de ordem biológica, social e econômica ocasionados pelo uso de drogas. Para isso os profissionais devem assumir atitude tolerante, compreensiva e inclusiva (MANSUR 201; SOUZA et al, 2012).

Nesse ínterim, Mansur (2011) compreende que o controle de possíveis agravamentos sem a exigência da interrupção do uso de drogas promove a inclusão social e a cidadania dos usuários, pois apoia e incentiva o protagonismo em busca do cuidado de si e o conhecimento/manejo do uso particular de drogas que cada um faz. Já Souza et al (2012) reforça que para concretização dos objetivos devem ser realizadas “ações de redução de danos” em espaços e territórios como ruas, hospitais e prisões, buscando tornar os serviços de saúde mais acessíveis a essa população, propiciando ensejos de reabilitação social.

Para Souza et al (2012) a “reinserção no espaço social” é princípio fundamental das ações de redução de danos. Por esse motivo, ressaltam que é de suma importância o atendimento *in loco* em prol do estabelecimento de uma “clínica peripatética”<sup>47</sup>, capaz de ampliar os vínculos e estimular novas inserções sociais dos usuários. Além do objetivo de reinserção social, observamos nos resultados da pesquisa dos autores outras aproximações ao termo cidadania. Afirmam que os dispositivos que buscam atender clientela usuária se álcool e outras drogas, tais como os CAPS AD, programas de redução de danos e os centro de dependência química, têm como prioridade a inserção social, resgate da cidadania e da garantia de saúde como direito. No entanto, dentre as fragilidades observadas pelos autores, tem-se a não articulação do CAPS ad com o serviço de redução de danos.

Numa perspectiva diferente, apesar de não apresentar nenhuma concepção teórica sobre cidadania, ou mesmo abordá-la, Araújo et al (2013) discutem a problemática que envolve o uso e o tráfico de drogas na adolescência de maneira global, compreendendo o tráfico como uma inserção social marginalizada. Ressaltam a importância de não identificar a

---

<sup>47</sup>Conceito de Antonio Lancetti (2006) descrito em livro de mesmo nome. Peripatético é um conceito de base aristotélica que quer dizer passear, ir e vir conversando. Esta clínica é abrangente, pode ser realizada fora dos setting habituais da psiquiatria, especialmente no território dos usuários. A preocupação da clínica peripatética é a preservação da singularidade dos usuários.

violência e o uso de drogas como uma “doença” inerente ao indivíduo e em relação à “dependência” de drogas, indagam que não é apenas química, pois perpassa importantes aspectos da violência estrutural.

Utilizando-se de autores como Amartya Sen (1999), Araújo et al (2013) tratam da questão da pobreza enquanto privação de liberdade e discutem questões da violência estrutural, desenvolvimento no território e intervenção precoce. Para compreensão do uso de drogas utilizam o referencial da redução de danos, que aparece de distintas formas: abordagem, política pública, estratégia, dentre outros termos (quadro informativo 2, em anexo). Para as autoras, pragmatismo, tolerância e respeito à diversidade são as principais diretrizes da redução de danos.

Tal qual Souza et al (2012), Araujo, Silva e Oliveira (2013) compreendem que a redução de danos deve ser incluída no processo de cuidado com vistas à garantia do direito à cidadania, bem como estímulo à participação social. Aqui, cidadania e redução de danos aparecem interligadas à garantia de acesso e exercício de direitos. Em suas conclusões, afirmam que a mais efetiva redução de danos, especificamente com crianças e adolescentes, será realizada quando houver uma reforma na estrutura dos meios pelos quais estes têm acesso aos direitos e no desenvolvimento do território em que estão inseridos (ARAÚJO, SILVA e OLIVEIRA, 2013).

Essas questões ligadas aos condicionantes sócio históricos da redução de danos não são valorizadas por Dias et al (2016), segundo os quais a redução de danos é uma estratégia de saúde pública baseada na educação comunitária, com foco na construção de novos saberes e conhecimentos. Para isso, deve estar pautada no diálogo, cujo princípio norteador é a promoção de um processo de reflexão e responsabilização em relação ao consumo e escolhas, de modo a reduzir riscos à saúde sem que haja imposições, punições, isolamento ou discriminação.

Porém, observamos que, por mais que os autores indiquem a intenção de construção de novos saberes e mesmo afirmando que a redução de danos possibilita o resgate de relações baseadas na solidariedade, o alcance destes é presumido de maneira exclusivamente individual. Beneficiando-se das ações de redução de danos e se responsabilizando sobre seu uso e sua própria vida de maneira (empoderamento), caberia ao usuário perceber suas ações, usos, estilo de vida e, assim sendo, com auxílio da equipe de cuidado, construir novos saberes e conhecimentos.

Tal tarefa é essencial e de suma importância, mas aqui parece estar colocada de maneira estanque e pragmática, isolada de reflexões mais aprofundadas, como por exemplo,

sobre o que ocasionam o uso problemático de drogas nas sociedades, especialmente na sociedade contemporânea. Ademais, focar-se somente no uso que os usuários realizam com vistas à reorganização de hábitos e comportamentos pode estabelecer um movimento mais individualizante e culpabilizante. E, deste modo, contrário ao que a redução de danos aposta, um movimento de menos implicação responsável e consciente por parte dos usuários. Cabe notar que a educação em saúde, quando materializada dessa forma, pode apresentar viés normatizador e de controle (FERNANDES e RIBEIRO, 2002), com objetivo de que a gestão de consumo das substâncias e a gestão do modo de vida dos usuários cheguem a um nível aceitável socialmente.

Dias et al (2016) não tratam de modo direto da questão da cidadania, mas quando se referem aos programas de redução de danos, ressaltam que, no reconhecimento das mais diversas possibilidades e relações de uso de drogas, nas práticas de acolhimento, de escuta aos indivíduos envolvidos e no diálogo com outras instâncias envolvidas com esse público, há a valorização da cidadania dessas pessoas, representando importante contribuição no âmbito social.

Dito isso, é possível perceber que em cada um destes artigos não há a inclusão do sujeito no discurso da redução de danos. Os usuários são percebidos com algo próximo ao “usuário de serviço de saúde” e/ou cidadão que será atendido através de algumas abordagens nomeadamente empáticas e solidárias, tendo o respeito e o diálogo como ponto de partida para atuação profissional. O enfoque do cuidado se dá, sobretudo, sob os efeitos do uso de drogas, repensando o uso inadequado e os danos à saúde e à coletividade. A realidade social, quando aparece, ainda que sob algum embasamento teórico, é colocada de maneira mais descritiva e menos reflexiva, não ficando claro quais são as contribuições da redução de danos para sua transformação.

Ainda que neste prisma a redução de danos apareça de modo mais restrito, cabe salientar sua associação à discussão sobre o direito de acesso à saúde a uma clientela historicamente negligenciada pela saúde pública. Assim, se a princípio aparece algo de modo mais limitada por restringir-se a uma visão pragmática da redução de danos, cabe lembrar que esta serviu e serve de propulsor para a efetivação de estratégias de redução de danos, cujas avaliações e discussões geram visões mais complexas sobre o assunto.

É possível notar que os anos de publicação dos artigos que compõem o prisma do pragmatismo não são tão próximos à década de nascimento de redução de danos no Brasil, onde a redução de danos apresentou características mais pragmáticas. Tal feito demonstra que os diversos objetivos e compreensões acerca da redução de danos não condizem

necessariamente com as propostas que prevaleciam em cada momento em que ela é tratada, estudada. O que queremos dizer é que características observáveis no período de nascimento da redução de danos durante a década de 1980-1990 também podem ser observadas em textos de períodos mais recentes, vide os artigos que compõem o presente prisma.

No que se refere à compreensão da redução de danos enquanto estratégia e, por vezes, “estratégia de prevenção ao uso de drogas”, percebemos parcial equívoco na nomeação. De fato o nascimento da redução de danos, no Brasil, se deu enquanto estratégia durante 14 anos<sup>48</sup>, notadamente associada à estratégia de prevenção as IST/AIDS, com período histórico e cronológico definido (1989-2002). Após este período, a redução de danos deslocou-se também para o campo de tratamento ao uso de álcool e drogas, conforme indicação do Ministério da Saúde, quando foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003) e o Programa de Atenção Integral (BRASIL, 2004). Acreditamos que além da identificação com o termo utilizado em seus primórdios, antes mesmo disso, a noção de estratégia está interligada ao fato de diversos autores identificarem, mundialmente, a redução de danos como uma estratégia mais antiga do que se pressupõe, na qual médicos já realizavam substituição de drogas, usuários já evitavam, por contra própria, o compartilhamento de insumos durante o consumo, dentre outras medidas (BASTOS, KARAM e MARTINS, 2003).

Conforme vimos em nosso marco teórico-conceitual a troca de substâncias psicoativas e a distribuição de insumos (para evitar o compartilhamento de seringas) foram as duas grandes primeiras ações da redução de danos no Brasil (ANDRADE, 2011; SOUZA, 2007, 2013; PASSOS e SOUZA, 2011). Isso ocorrera especialmente no período que antecedeu a institucionalização da prática da redução de danos, quando profissionais, ainda na clandestinidade, atuavam sob desígnio da redução de danos, até que esta foi incorporada à saúde pública.

A Política Nacional de Atenção Integral de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) incluiu a redução de danos enquanto método clínico-político e paradigma norteador da política integral, colocando a redução de danos como direção não somente para a prevenção, mas a promoção, tratamento, reabilitação e produção de saúde. Todavia, também utiliza o termo estratégia de redução de danos.

---

<sup>48</sup>Conforme mencionado em nossa revisão documental, em 2002 foi criado por meio da 816/2002 o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas onde redução de danos ainda aparecia, exclusivamente, como “estratégia”.

Assim, até 2018 dentro das normativas oficiais de governo, a redução de danos não é uma política pública, mas o seu norteador, em contraponto à então hegemonia da proposta da abstinência total. Redução de danos também não é o próprio Programa de Atenção Integral, aparece nele como lógica para estratégias de ações de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

Acreditamos que os termos incluídos na Política Integral do MS (BRASIL, 2003) e no Programa de Atenção Integral (BRASIL, 2002) podem contribuir para usos inadequados de termos que buscam tratar do conceito de redução de danos. Estes usos são mais frequentes em artigos que não trazem aportes teóricos explícitos e contundentes, que adotam a redução de danos de modos distintos, ocasionando uma miscelânea de concepções pouco precisas e esclarecedoras sobre o que é e, mais do que isso, o que se quer propor com a redução de danos.

A miscelânea de concepções de redução de danos, que ora é apresentada como estratégia ora como norteador, ora como política, ora como método, ou todas estas em um só artigo, parece reproduzir a característica mais marcante da redução de danos em seu nascedouro: o pragmatismo – marcado como filosofia e corrente de ideias na qual a validade da redução de danos é determinada pelo seu bom êxito prático. Isso não quer dizer que o pragmatismo é por si só uma característica que precise ser eliminada da redução de danos. Não se trata de descartar e/ou desconsiderar o histórico da redução de danos, mas reconhecer de onde vem e o que se pretende com cada característica que a ela é associada.

Conforme discutido anteriormente, o nascimento da redução de danos no Brasil é demarcado por um cenário preocupante de aumento da infecção pelo vírus HIV/AIDS. Foi graças à ação pragmática inicial de troca de seringas que avançamos e podemos vislumbrar novas “ações” compreendidas como de redução de danos. A troca de seringas entre os indivíduos mais vulnerabilizados que faziam uso de drogas injetáveis permitiu que estes, especialmente as profissionais do sexo e os homossexuais<sup>49</sup>, saíssem da invisibilidade a que eram submetidos. Portanto, apesar de muito associada somente à troca de insumos, a redução de danos em seu nascimento já representava um fundo ético e revolucionário, ao afirmar que essa clientela possuía o direito não só a fazer uso de drogas, mas de ser cuidada sem discriminação e exclusão.

---

<sup>49</sup> Na década de 1980 e 1990 a AIDS chegou a ser conhecida como a “peste gay”, marginalizando inúmeros homossexuais e usuários de drogas injetáveis. Para mais sobre este período, ver: <https://memoriamhb.blogspot.com/2012/11/os-sombrios-anos-da-peste-gay.html> acessado em abril de 2019.

O nascimento da redução de danos com viés pragmático inaugurou uma série de mudanças no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, além de ter salvado inúmeras pessoas da morte e do contágio de doenças infectocontagiosas. Mas, é preciso notar que há um risco de uma invalidação de uma iniciativa de peso ao realizar uma importação ingênua, direta e simples da redução de danos desse campo (IST/AIDS) para o domínio do tratamento e atenção aos usuários de álcool e outras drogas (TEDESCO e SOUZA, 2009).

Segundo Tedesco e Souza (2009, p. 142-143), a redução de danos deve pautar uma nova clínica de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, que convoque os profissionais a reverem a sua posição, repensando assim a sua prática. Nessa linha de raciocínio, a redução de danos não segue um código pragmático e fechado a ser obedecido na íntegra por profissionais e usuários, mas caracteriza-se como outro olhar sobre a problemática das drogas na sociedade contemporânea. Neste ponto de vista teórico, a redução de danos teria o papel de oxigenar as práticas clínicas, abrindo-se à pluralização de pontos de vistas, não se restringindo a uma espécie de cartilha com ações que devem ser seguidas em um modelo de fidelidade pré-estabelecido.

Assim sendo, a redução de danos, como método de cuidado em saúde, pode servir-se como propulsora de direitos de cidadania dos usuários de álcool e outras drogas, pautando na cena pública a necessidade de dispositivos de cuidado que deem conta da problemática que envolve o uso de drogas, não somente o controle do uso, mas a incorporação de novos direitos.

## 5.2 Prisma da Humanização

Se as características principais do primeiro prisma eram o pragmatismo, a não discriminação do usuário e a visibilidade que lhe deve ser dada, no prisma da humanização encontramos uma leitura essencialmente ética, que valoriza o usuário em sua singularidade e humanidade, atravessada pelo seu reconhecimento enquanto sujeito de direitos. Além disso, o conceito de redução de danos nos artigos que compõem o prisma da humanização também é demarcado por um olhar diferenciado que integra os aspectos éticos e humanísticos de modo compromissado com a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. O usuário é apresentado não mais como indivíduo ou usuário do serviço de saúde, mas enquanto sujeito e/ou cidadão de direitos. O sujeito é constituído e atravessado por aspectos singulares e particulares, mas também pela dimensão social e coletiva do contexto sócio histórico em que vive. Acredita-se que essa compreensão pode melhorar o cuidado, combatendo o estigma

comumente sofrido por usuários de álcool e outras drogas, além de incluí-lo enquanto corresponsável em seu cuidado.

Este prisma é o de maior concentração de artigos, contabilizando dezesseis no total. Queiroz (2001); Moreira, Silveira e Andreoli (2006); Delbon, Daros e Ferreira (2006); Moraes (2009); Santos et al (2010); Souza e Monteiro (2011); Fonsêca (2012); Ives e Lima (2013); Machado e Boarini (2013); Maliska, et al (2014); Souza e Carvalho (2014); Santos e Costa (2016); Silveira (2016); Araújo e Pires (2017); Cezar e Oliveira (2017); Teixeira et al (2017).

Neste artigos, o conceito de redução de danos é citado de diferentes formas: modelo de política de saúde mental (QUEIROZ, 2011), modelo de atenção (MORAES, 2009; TEIXEIRA, 2017); política de saúde pública (SILVEIRA, 2016; ARAUJO e PIRES, 2017); política estratégica (MALISKA et al, 2014); estratégia científica (QUEIROZ, 2001); proposta e/ou prevenção ao uso de álcool e outras drogas (FONSÊCA 2012; MOREIRA, SILVEIRA e ANDREOLI, 2016; MALISKA et al, 2014); abordagem (DELBON, DAROS E FERREIRA, 2006; SOUZA e MONTEIRO, 2011; IVES e LIMA, 2013; SANTOS et al, 2010 e COSTA, 2016); estratégia de saúde pública (MACHADO e BOARINI, 2013); racionalidade (IVES e LIMA, 2013); princípio/conceito norteador (SOUZA e CARVALHO, 2014; CEZAR e OLIVEIRA, 2017; TEIXEIRA, 2017) e diretriz de cuidado (ARAUJO e PIRES, 2017).

Em nossa percepção, a partir do agrupamento de artigos neste prisma, poderíamos delimitar que a redução de danos é percebida como modelo/princípio/norteador-estratégico que propõe novas abordagens/estratégias/ações de cuidado na atenção em álcool e outras drogas. Nesse modelo, o usuário é percebido em sua singularidade, com suas particularidades no modo de usar drogas e de viver. Há a compreensão de que a redução de danos é propulsora de promoção de saúde, envolvida com a educação para autonomia (no tratamento e no uso), tal qual o primeiro prisma, mas também e, essencialmente, com a ética e com os direitos humanos (QUEIROZ, 2001; DELBON, DAROS E FERREIRA, 2006; MALISKA et al, 2014; TEIXEIRA et al, 2017; ARAUJO e PIRES, 2017; MACHADO e BOARINI, 2013).

Cabe observar que os artigos que compõem este prisma começam a tratar com maior profundidade a ideia de que a redução de danos está colocada para campos de saberes distintos, tais como a saúde pública, educação, segurança pública, o direito e a justiça (MALISKA et al, 2014), permitindo com que o conceito seja utilizado para sustentar a discussão ampla que envolve o uso de drogas. São também observadas percepções sobre os cenários de disputa que a redução de danos está inserida (SOUZA et al, 2010), mas sem grandes discussões e aprofundamentos.

Os artigos de Souza e Carvalho (2014), Santos e Costa (2016), Silveira (2016) e Araujo e Pires (2017) tratam com maior contundência o papel do redutor de danos, auxiliando-nos a pensar sobre a figura do redutor de danos e a prática da redução de danos. O redutor de danos é considerado como agente ativo, que coordena uma prática horizontal, buscando dirimir a relação de poder entre usuário e cuidador (SILVEIRA, 2016; SANTOS e COSTA, 2016).

É também relacionado à troca de afetos, onde o nível de comprometimento e implicação dos profissionais envolvidos de maneira ética pode relacionar-se à diminuição da distância entre os “mundos” de quem usa drogas e de quem não usa (SANTOS e COSTA, 2016). O redutor de danos não é compreendido como um profissional de especialidade, mas como alguém que possui uma especificidade do fazer-saber em saúde (SOUZA e CARVALHO, 2014), sendo, inclusive, reconhecido pelos usuários como os profissionais que trazem a sensação de cuidado que a redução de danos representa, já que este profissional oferece escuta e “acolhimento das diferenças” (SANTOS e COSTA, 2016), isto é, das suas demandas e modos singulares de vida.

Ressaltando o papel ativo que esse profissional pode exercer, a figura do redutor de danos pode ser apresentada como a própria materialização da redução de danos. Sua ação deve apoiar-se na promoção do exercício de cidadania do usuário a partir do reconhecimento de ser cidadão portador de direitos antes da condição de usuário de drogas (SILVEIRA, 2016; SANTOS e COSTA, 2016).

Cabe destacar que em Silveira (2016) a função do redutor de danos é aproximada à do acompanhamento terapêutico enquanto dispositivo de intervenção na/da Reforma Psiquiátrica brasileira que pode auxiliar e complementar a prática do redutor de danos. Afirma o autor que essa aproximação é tanto possível quanto necessária, posto que ambas se pautam em uma postura ética e acolhedora, propondo um trabalho clínico "a céu aberto" tendo como base a construção de vínculos e uma postura libertária com vistas à autonomia e cidadania.

Souza e Carvalho (2014) revelam que a maioria das ações realizadas pelos redutores de danos nas ruas de Campinas (SP) proporcionou a inserção dos usuários no sistema de saúde, ajustando uma “porta de entrada” nos dispositivos de saúde e funcionando como potencial ordenador do cuidado. Não obstante, para os autores, a clínica de atenção ao uso de álcool e outras drogas não precisa estar baseada nos padrões de uso de drogas, mas nos sentidos e afetos que envolvem as experiências com as drogas. Para os autores, esse campo de saber específico está relacionado ao modo de lidar com os usos e com os usuários de drogas,

acolhendo e cuidando no próprio território, sem perder de vista a realidade existencial de extrema vulnerabilidade.

Além disso, Santos e Costa (2016) retratam que, no olhar dos usuários, a redução de danos aparece muitas vezes sob aspectos biomédicos e preventivos. Buscando dilatar o conceito de redução de danos para além dessa possibilidade preventiva e pragmática, os autores utilizam referências teóricas de Foucault e da micropolítica do cuidado. Procurando apresentar outras possibilidades de cuidado, a redução de danos pode aparecer sob novos sentidos, segundo a maneira como o profissional se coloca na relação com o usuário. E, também, como este utiliza as “ações de redução de danos”, relacionando-as às trocas de afetos.

De modo geral, todos os artigos reafirmam a não discriminação do usuário já colocada no primeiro prisma, mas incluem o respeito à singularidade, buscando inclusive atingir usuários das camadas ainda mais vulneráveis e com dificuldades de priorizar o cuidado de si, o que, segundo Valério e Nascimento (2017), requer a compreensão de que as ações de redução de danos devem exigir aquilo que é possível para cada um dos usuários.

Diversos são os autores que, de algum modo, localizam o conceito de redução de danos no seio da saúde pública (ARAÚJO e PIRES, 2017; QUEIROZ, 2001, MACHADO e BOARANI, 2013; SILVEIRA, 2016). Araujo e Pires (2017) consideram-na enquanto um formato privilegiado de intervenção em saúde pública, enquanto Machado e Boarini (2013) identificam-na enquanto estratégia de saúde pública. Já para Queiroz (2001) a redução de danos deve ser colocada em prática por meio de ações (de redução de danos) que compõem um conjunto de medidas de saúde pública, as quais pretendem reduzir os prejuízos causados pelo uso de álcool e outras drogas. Enquanto que Silveira (2016) aborda a redução de danos como uma política pública baseada nos princípios do SUS e um conjunto de princípios e práticas de saúde pública que, ao buscar formas de usos de drogas menos prejudiciais para usuários e seus territórios, implica na defesa da cidadania e no respeito aos seus direitos e liberdade.

No entanto, nos artigos que compõem esse prisma, a redução de danos não está associada somente ao direito de acesso à saúde pública. É vista como propulsora da ampliação da clínica no campo de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, pautando-se em valores éticos e humanísticos para defesa do cuidado aos usuários. A materialização da redução de danos se dá no encontro cuidador-usuário, que pode ser produzida de diversas maneiras, visto que não se concretiza somente por ações e estratégias concretas e pré-

definidas, mas a partir de um determinado olhar, integrador, que pretende garantir um cuidado mais abrangente ao usuário.

Aqui, a redução de danos pode propiciar o acesso universal ao cuidado humanizado em saúde (direito social), respeitando a singularidade do sujeito e o direito individual de escolha do cidadão (direito civil), tendo a dignidade como valor humanístico essencial (direitos humanos). Alguns artigos incluem também a perspectiva da consciência ética (DELBON, DAROS E FERREIRA, 2006), valorização e reconhecimento da humanidade no outro (DELBON, DAROS E FERREIRA, 2006; QUEIROZ, 2001, MORAES, 2009), bem como a emancipação dos sujeitos, tendo como intenção a garantia de cuidado integral humanizado (TEIXEIRA et al, 2017).

Referem de maneira explícita a “defesa e/ou resgate da cidadania”, ao usuário de álcool e outras drogas enquanto “sujeito de direitos”, sendo a redução de danos porta voz no reconhecimento aos direitos dessa população. Além disso, outro aspecto importante observado é o combate ao lugar de “doente” (MORAES, 2009; CEZAR e OLIVEIRA, 2017) dado ao usuário de álcool e outras drogas, compreendido pelos autores como barreira para concretização da cidadania.

Pautado na relação objeto e sujeito da redução de danos, Santos et al (2010) realizaram seis agrupamentos<sup>50</sup>, esboçando uma discussão sobre as bases teóricas que os sustentam. Para os autores a redução de danos segue reproduzindo práticas sem evidenciar as bases teóricas que a sustentam. Os aspectos que nos permitem correlacionar redução de danos à cidadania são identificados quando os autores defendem que a redução de danos pode resgatar aspectos éticos e humanos da relação entre políticas de saúde e consumidores de drogas, o que viabiliza a atenção à saúde para essa clientela, colocando-se como uma espécie de porta-voz no reconhecimento de seus direitos sociais (SANTOS et al, 2010).

Podemos identificar a discussão da cidadania e dos direitos em vários artigos. QUEIROZ, 2001; DELBON, DAROS E FERREIRA, 2006; MORAES, 2009; SANTOS et al, 2010; SOUZA e MONTEIRO, 2011 e FÔNSECA, 2012 colocam que as ações de redução de danos devem guiar-se pelo respeito às escolhas individuais, à autonomia do sujeito, respeito e preservação da vida dos usuários de álcool e outras drogas, respeito às diferenças, bem como o combate à exclusão social. Ademais, isso implica no reconhecimento dos usuários de álcool

---

<sup>50</sup> Os agrupamentos são feitos através de artigos que recortam a redução de danos pelo ângulo da dependência (1); pelo risco de doenças transmissíveis, especialmente HIV (2); estratégias de consumo que equacionam a relação consumo-usuário de drogas (3); o modo de viver em uma determinada comunidade (4); numa dimensão mais ampla que os riscos individuais, preocupando-se então com os riscos sociais (5) e, por último, a unidade produção-comércio-consumo de substâncias psicoativas, sendo o sujeito a classe social (6)

e outras drogas como sujeitos particulares e, sobretudo, como cidadãos, com direito à saúde e cuidado efetivo e produtor de sentido.

Guiado por orientação psicanalítica, Queiroz (2001) busca reconhecer os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. As ações de redução de danos devem buscar a inclusão social e o rompimento da marginalização dos usuários, propondo espaços de reconstrução do seu lugar de cidadão. Segundo a autora, os direitos de cidadania são direitos básicos elencados a partir da realidade de cada país. Visto isso, não estão colocados para todos de maneira indiscriminada, mas para aqueles que são reconhecidos como cidadãos, tendo assim um caráter universal mais restrito do que os direitos humanos. Ressalta ainda que, em nossa sociedade, os usuários de álcool e outras drogas muitas vezes não são reconhecidos como cidadãos que devam ter seus direitos respeitados e, nesse ínterim, é que as ações de redução de danos são de suma importância para buscar a garantia do respeito aos direitos dessas pessoas.

Queiroz (2001) e Delbon, Daros e Ferreira (2006) apontam, ainda, que a violação dos direitos humanos e dos direitos de cidadania é constante em nossa realidade social e que diversos fatores colaboram para isso, tais como a violência presente nas relações sociais e a intolerância da população para conviver democraticamente com as diferenças. Os autores esboçam que o caráter universal dos direitos na sociedade brasileira não garante sua plena efetivação. Ressaltam Delbon, Daros e Ferreira (2006) que há necessidade de uma luta cotidiana cuja responsabilidade, ressaltam, é de toda sociedade civil brasileira.

Para Delbon, Daros e Ferreira (2006) e Queiroz (2001) quando ignorados os direitos dos usuários de álcool e outras drogas, a sociedade está afirmando que algumas pessoas são mais ou menos cidadãos do que outras. Nesse sentido, dizem Delbon, Daros e Ferreira (2006), a “condição” de usuário de álcool e outras drogas, passa a ser primária e maior que a condição humana. A pessoa é julgada pelo uso de substância que realiza e, em decorrência disso, perde o reconhecimento de sua condição de cidadão, a qual deveria ser primária, sem haver julgamentos. Concluem os autores que, quando aceitado que os direitos de qualquer pessoa sejam violados, do ponto de vista ético, se aceita uma situação que ameaça o direito de todos e da própria comunidade humana.

Dois artigos utilizam o conceito de redução de danos no campo da educação. Moreira, Silveira e Andreoli (2006) buscam revisar modelos de prevenção ao uso indevido de drogas em ambiente escolar e os relacionam aos conceitos de "promoção de saúde" e "escola promotora de saúde". Ao passo que Souza e Monteiro (2011), partindo do conceito Freireano de “educação para autonomia”, avaliam os subsídios que a abordagem da redução de danos

pode oferecer para a “prática educativa em saúde”, especificamente em espaços não formais de educação. O objetivo dessa correlação é desconstruir o maniqueísmo presente nas discussões escolares sobre uso de álcool e outras drogas, para desenvolver ações de promoção de saúde com toda a população escolar, sem qualquer forma de discriminação, incentivando a autonomia dos alunos e o exercício de cidadania.

Em ambos não há articulação da cidadania com a redução de danos. Todavia, a sua correlação com as propostas educacionais supracitadas impulsionou discussões sobre qualidade de vida, intervenções participativas, importância do contexto social e valorização dos direitos humanos. Ademais, os autores criticam a sobrevalorização que a sociedade impõe ao uso de drogas ilícitas e notam que a lógica da redução de danos pode auxiliar com esclarecimentos e diálogos. Outrossim, reforçam que a ausência de discussões e informações sobre o uso de drogas pode reforçar o estigma e mascarar os danos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o que pode acarretar em outros prejuízos no exercício da cidadania (MOREIRA, SILVEIRA e ANDREOLI, 2006 e SOUZA e MONTEIRO 2011).

Para inquirir percepções do modelo de atenção à saúde de usuários de drogas, Moraes (2009) recorre a Buscher (1992) e pontua que existem quatro modelos possíveis e distintos entre si de atenção a essa clientela: o modelo sanitarista, o jurídico-moral, o sociocultural e o psicossocial. Tanto Moraes (2009) quanto Araujo e Pires (2017) localizam a redução de danos dentro do modelo de atenção psicossocial para atenção aos usuários de álcool e outras drogas, enquanto proposta alternativa às estratégias fundamentadas exclusivamente na abstinência.

Descrevem os autores que redução de danos deve ser colocada em prática por meio de ações estratégicas de autocuidado indispensáveis, que tem como objetivo a diminuição da vulnerabilidade frente à exposição às situações de risco. Além disso, devem seguir o princípio de que essas sejam ações éticas e terapêuticas, pensando na ampliação de ofertas em saúde, na recuperação dos direitos de cidadania e do poder de contratualidade social (MORAES, 2009; IVES e LIMA, 2013; ARAUJO e PIRES, 2017).

Moraes (2009) salienta que a manutenção da imagem de usuários de drogas como doentes conforma-se como uma barreira ao avanço para uma concepção de cidadania, sendo necessária a reorientação da prática que busque romper com a cultura do preconceito, da exclusão e da doença. Essa reorientação da prática requer um olhar que valoriza a humanidade do usuário de álcool e outras drogas, tal quais os demais artigos deste prisma propõem. Moraes (2009) pontua, ainda, que a desconstrução do preconceito e da exclusão requer um processo de luta social para combater os processos que os sustentam. Mas, esta última é uma questão sobre a qual nos debruçaremos ao discutir o terceiro prisma.

Araujo e Pires (2017) e Fonsêca (2012) identificam a redução de danos enquanto uma proposta (conceito, prática) ética do cuidado (PETUCO, 2014). Dentro dessa perspectiva, a redução de danos pretende orientar a direção clínica do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, como uma forma de agir e de cuidar que deve estar presente nas relações humanas, modificando a relação estabelecida entre quem cuida e quem é cuidado, gerando uma horizontalidade e respeito entre o usuário e o redutor de danos, permitindo que primeiro seja sujeito protagonista de seu cuidado.

Aqui, a redução de danos enquanto ética do cuidado buscaria expandir suas ações, para tornar-se uma prática de “ampliação de vida”, o que a aproxima do conceito ampliado de cidadania, que inclui a valorização da vida de todo e qualquer cidadão, sem discriminação. E, também, como uma abordagem que pode oferecer novos caminhos de cuidado, pois considera a diversidade, singularidade e as diferentes possibilidades de escolhas que podem proporcionar novas estratégias de promoção da saúde e a garantia de direitos enquanto cidadão.

Assim como Queiroz (2001), Fonsêca (2012) destaca a dimensão ética da redução de danos, na medida em que pauta-se pela disposição de “ouvir a dor do outro no registro do acontecer humano” (FONSÊCA, 2012). Nesta perspectiva, a ética é comprometida não com código de valores, mas com a própria produtividade do ser humano e seu reconhecimento, de maneira ampla, enquanto sujeito e cidadão de direitos. Fonsêca (2012) compreende a redução de danos como posturas e atitudes, políticas e programas que devem contribuir para a transformação da visão e posturas da sociedade diante das drogas. E, assim como Souza e Moreira (2011), o autor afirma que o conceito de redução de danos pode ser articulado com o de educação para a autonomia, mas não o discute com afinco.

Buscando desvelar os desafios contemporâneos da redução de danos, Ives e Lima (2013) utilizam-se de fontes que bebem da perspectiva dos direitos humanos. Compreendem a redução de danos como uma abordagem pragmática, desenvolvida através de “estratégias” que buscam efeitos físicos, psíquicos e, também, os sociais. Além disso, autoras também defendem a centralidade do usuário no planejamento do projeto terapêutico individual e na organização de metas intermediárias para obtenção de seus objetivos, seja nos tratamentos orientados pela redução de danos ou pela lógica da abstinência. A centralidade no usuário abarca o respeito à construção subjetiva na perspectiva de sua dignidade.

Ives e Lima (2013) destacam, ainda, a necessária responsabilidade por parte do Estado na implementação de políticas de saúde que assimilem os princípios norteadores dos direitos humanos e na superação da perspectiva penalista e proibicionista, descontextualizada da

complexa realidade em que se inserem escolhas pontuais e circunstanciais de cada pessoa. Para os autores, o desafio contemporâneo da redução de danos é conformar uma rede assistencial sensível às necessidades sociais de saúde, empenhada em garantir direitos de cidadania aos usuários de álcool e outras drogas.

Assim como observamos nos demais artigos incorporados nesse prisma, para Machado e Boarini (2013), a redução de danos é uma estratégia que se alinha aos pressupostos dos direitos do usuário, da universalidade do acesso à assistência e da descentralização do atendimento. Todavia, as autoras identificam que em grande parte das atividades de redução de danos há uma concentração de distribuição de insumos de prevenção, sem exploração de temas que legitimaram a própria solidificação da redução de danos como estratégia de saúde pública, tais como o resgate da cidadania e a promoção dos direitos humanos. Machado e Boarini (2013) não explicitam tais aspectos e consideram que alguns entraves, como aqueles relacionados às diferenças de objetivos e concepções de cuidado que se dão entre as políticas públicas de saúde e segurança, foram superados de maneira parcial no plano teórico. Ademais, afirma que tanto as políticas de saúde quanto as de segurança seguem ambíguas e contraditórias em suas práticas.

Maliska et al (2014) descrevem a redução de danos como política estratégica de prevenção ao HIV e outras situações de vulnerabilidade e a discussão sobre cidadania aparece quando os autores colocam a redução de danos no rol de políticas de saúde inclusivas, que promovem a redução da vulnerabilidade de determinados grupos e populações, respeitando os direitos humanos. Além disso, ressaltam o protagonismo da redução de danos na luta pela cidadania dos usuários. Uma vez que busca superar os limites das práticas de saúde intramuros, os profissionais que norteiam seu trabalhos pela redução de danos vão ao encontro da realidade *in loco* das ruas e das pessoas, mirando resgatar, nas palavras das autoras, um pouco de cidadania para esta população. Ademais, observam que a inclusão dos usuários de drogas no SUS pôde dar maior visibilidade a esses cidadãos, até então percebidos quase exclusivamente pela ótica da criminalidade.

Segundo Cézár e Oliveira (2017), a redução de danos é princípio norteador das práticas e cuidados aos usuários de álcool e outras drogas compromissadas com a preservação e a promoção dos direitos e da cidadania. Os autores apresentam a evolução da redução de danos e sua concepção atual de política de saúde voltada para o protagonismo e a emancipação do usuário como conhecedor de si mesmo e de seu território. Apesar de a menção direta à cidadania ser feita somente quando se fala em “promoção à cidadania” como uma das ações de saúde mental na atenção básica, Cezár e Oliveira (2017) utilizam-se da

Política do Ministério da Saúde (2003) para problematizar o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas. De acordo com os autores, ao afirmar a redução de danos em sua política, o MS compromete-se em encarar o problema de modo inclusivo e realista, buscando desconstruir a concepção de que todo e qualquer usuário de drogas é doente e requer internação e/ou prisão. Assim, visa romper com abordagens reducionistas e propulsiona ações que estão, a nosso ver, inclusive para além da saúde pública.

Por último, Teixeira et al (2017) buscaram analisar os modelos que exerceram alguma influência sobre as políticas públicas sobre drogas no executivo federal brasileiro. A redução de danos é compreendida como modelo e estratégia que norteia o cuidado, além de se constituir enquanto paradigma ético, clínico e político, transversal no diálogo com outros campos. Com base em Marlatt (1999), Teixeira et al (2017) compreendem que a redução de danos baseia-se em pressupostos filosóficos do pragmatismo e dos direitos humanos, respeitando a autonomia na perspectiva de um cuidado ampliado em saúde.

A aproximação das discussões sobre o modelo de redução de danos e cidadania foi percebida no artigo de Teixeira et al (2017) quando os autores tratam as práticas de redução de danos como estratégias em saúde que, ao diferenciarem-se do “modelo de doença que vê a dependência de drogas como uma doença biológica que merece tratamento e reabilitação” (MARLLAT, 1991 apud TEIXEIRA et al 2017), beneficiam não somente os usuários, mas suas famílias e a comunidade. Suas intervenções são norteadas pelo compromisso com a saúde pública e respeito aos direitos humanos, sendo o seu enfoque a oferta de um cuidado integral humanizado.

Acerca da humanização dos cuidados, analisando as concepções de sujeito e autonomia presentes em produções científicas que relatam experiências de implantação da PNH em hospitais, Silva, Sá e Miranda (2013) notaram que um grupo de artigos expressavam uma preocupação em ampliar o modo como os usuários são vistos pelos serviços de saúde, a partir da valorização de dimensões que denotam alguns “reconhecimentos”. Tais dimensões geralmente são esquecidas ou negligenciadas no processo terapêutico em saúde: reconhecimento da singularidade, complexidade e individualidade dos usuários; de sua totalidade e integralidade; de sua legitimidade em realizar escolhas a respeito de seu próprio tratamento; de sua liberdade, enquanto consumidor, de escolher os serviços de saúde que melhor se adequassem a suas demandas.

Apesar de não pesquisarem sobre a redução de danos, identificamos que as dimensões encontradas por Silva, Sá e Miranda (2013) guardam algumas semelhanças com as que identificamos nos artigos que compõem o prisma da humanização. Os artigos reconhecem o

usuário de álcool e outras drogas como um cidadão com direito à saúde pública independente de sua escolha em relação ao uso de álcool e outras drogas.

Observamos que outras dimensões também podem ser observadas de modo explícito: reconhecimento e respeito aos direitos sociais (SOUZA et al, 2010); reconhecimento do usuário de álcool e outras drogas como sujeito de direitos mais amplos (QUEIROZ, 2001; ARAUJO e PIRES, 2017; SOUZA e PASSOS, 2011; IVES e LIMA, 2013; VASCONCELOS, et al 2018); reconhecimento dos direitos humanos do usuário de álcool e outras drogas (MALISKA, ET AL, 2014; TEIXEIRA et al (2014); reconhecimento da humanidade (QUEIROZ, 2001; DELBON et al, 2006; MORAES, 2009). Assim, de um modo geral, ao buscar o compromisso com um cuidado ético e humanizado, que respeita o usuário e o enxerga em sua integralidade, todos os artigos buscam afirmar o lugar de cidadão de direitos do usuário de álcool e outras drogas, sendo essa a própria concepção de sujeito observável no presente prisma.

Concordamos com Silva, Sá e Miranda (2013) que esses diversos reconhecimentos têm o intuito de caminhar em direção à humanização do cuidado, reconhecendo a autonomia e o direito de escolha e participação do usuário sobre o seu processo de cuidado. Do mesmo modo, os artigos que compõem o presente prisma se pautam no entendimento do sujeito-cidadão que, tendo em vista o reconhecimento enquanto tal, é dotado de direitos que necessitam ser respeitados. Além disso, identificamos que, nos artigos que compõem este prisma, é a própria prática de redução de danos, materializada pelo fazer profissional, que parece facilitar o reconhecimento do lugar de cidadão do usuário de álcool e outras drogas.

No que se refere aos aspectos da característica de humanização do cuidado através da redução de danos – bem como reconhecimento de que usar drogas é um comportamento de ordem humana; de que é preciso cuidar de cada um dos usuários dentro de uma lógica do possível, respeitando os limites e desejos de cada sujeito – achamos prudente ressaltar que os artigos referem à humanização de modo genérico. Os autores não discutem as dificuldades inerentes ao contato com características profundamente humanas, tais como a violência, o asco, o desejo de morte, a inveja, a impotência. Ao negá-las, acreditamos que podem romantizar a prática profissional, distanciando a produção acadêmica da realidade cotidiana.

Outrossim, a discussão de sujeito relacionado aos direitos de cidadania indicam também o aspecto do sujeito não somente enquanto cidadão, mas enquanto sujeito reconhecido em sua própria humanidade (QUEIROZ, 2001; DELBON, DAROS E FERREIRA, 2006, MORAES, 2009), discussão realizada por Leal (2000). Diante dessa compreensão, o sujeito pode se expressar de outra forma e estabelecer novas relações

(SANTOS e COSTA, 2016) em um mundo que não estava integralmente contido em seu interior, mas que pode ser alargado essencialmente a partir do encontro com profissionais que regulam sua prática através do olhar e da ética da redução de danos.

Acreditamos que o aspecto de cuidado humanizado, ético e integral, marcante no prisma da humanização, coloca o desafio de reflexões constantes sobre o exercício criador/criativo de uma prática clínica que busca maximizar os efeitos potencializadores da redução de danos. Essa potência parece estar depositada no deslocamento das ações que miravam intervir essencialmente no uso de drogas para alcançar o usuário-cidadão (prisma do pragmatismo), mas que buscam focar-se nas relações sociais que envolvem o usuário, compreendido como sujeito.

À medida que buscam se aproximar e se conectar com os usuários, os profissionais que exercem suas práticas pautadas na lógica da redução de danos se encontram também com os agenciamentos que se dão no território, físico e existencial destes usuários. Assim, a prática da redução de danos requer que sejam instauradas novas produções de vida e de subjetividades, distantes de protocolos de tratamento e mais próximos à experimentação e contato afetivo que se estabelece na relação profissional-usuário.

Araujo e Pires (2017) trouxeram a percepção de redução de danos enquanto prática que busca a ampliação de vida. Acreditamos que tal compreensão é imprescindível para pensar a redução de danos enquanto método de cuidado auxiliar à clínica de álcool e outras drogas e também como componente para pensarmos a cidadania, em sua defesa e lei do direito maior, o direito à vida. Como colocou Lancetti (2006), o conceito de ampliação de vida é uma ponta de lança para desbravar um campo extremamente complexo e vital para sustentação de cuidados aos usuários mais graves – os ditos “intratáveis”, que não raro tem sua cidadania negada cotidianamente.

Como notado, um dos fios condutores da discussão de redução de danos nos artigos do prisma da humanização é o discurso dos “direitos humanos”, no qual buscamos alargá-lo, a fim de pensar o conceito de cidadania. Segundo Brito (2018), na conjuntura atual, o conceito de cidadania recebe novos adjetivos, tais como, multicultural, cosmopolita, global, pós-nacional (que nos remete ideias de “integração”, “ampliação” e “modernidade”) e que geralmente aparece envolto ao discurso dos direitos humanos.

Para Santos (1989, p.9), os direitos humanos são parte do projeto da modernidade, que sustentado nos pilares da regulação e da emancipação, objetivam vincular a regulação à emancipação social, concretizando-a em nível global. No entanto, é preciso indagar qual a

possibilidade real deste projeto de emancipação em uma sociedade pautada na exploração e na desigualdade social.

Situada no campo do direito, Brito (2018) ressalta que o conceito de cidadania é excludente e revela ambiguidades. Gestada na sociedade liberal-burguesa, em seu discurso, a cidadania pode assumir aspectos conservadores de domínio, mas também de potência emancipatória. Deste modo, segundo a autora, os limites do conceito de cidadania refletem os limites do próprio direito.

Com a compreensão de cidadania como pilar do direito moderno, Brito (2018) resgata a visão contra-hegemônica de Lyra Filho (1999), que sugere que o “direito é processo, dentro do processo histórico: não é uma coisa feita, perfeita e acabada; é aquele vir-a-ser que se enriquece nos movimentos de libertação das classes e grupos [...]” (LYRA FILHO, 1999, p. 86 apud BRITO, 2018). Dito isso, para Brito (2018) é um erro garantir que o direito é exclusivamente instrumento de dominação social, pois através dos direitos de cidadania e dos direitos humanos existe um importante espaço de luta e compensação de danos, a nosso ver podendo constituir-se como instrumento propulsor de emancipação.

Apontamos que a compreensão de Brito (2018) parece aproximar-se à de Coutinho (1997) que ressaltou que, na modernidade, existe um processo dinâmico e contraditório de aprofundamento e universalização da cidadania, bem como de crescente democratização das relações sociais. Este processo é constante e também contraditório, sujeito a progressos e recuos, posto a incompatibilidade estrutural entre essa universalização e a organização do capital. Estes aspectos serão melhores observados e discutidos no próximo prisma, da emancipação.

Assim sendo, como pudemos discutir no presente prisma, ética, direitos humanos e reconhecimento da humanidade trilham discussões que não se colocam somente na clínica. Se no primeiro prisma pudemos ressaltar as marcas que a transição da redução de danos enquanto estratégia de prevenção às IST/aids para o campo de tratamento deixou, neste podemos observar as contribuições que a redução de danos pode fornecer para uma clínica em álcool e drogas que se propõe ética e humanística, que reconhece o usuário de drogas como cidadão de direitos em sua integralidade e singularidade.

Por fim, ao delinearem a discussão da redução de danos também a partir dos encontros, das relações, pautados na defesa da ética e dos direitos humanos, acreditamos que os artigos aqui trabalhados suscitam a discussão de uma clínica que se pretende ético-humanística, mas também ético-política na defesa da ampliação de vida e de cidadania dos usuários de álcool e outras drogas.

Dito isso, acreditamos que a aproximação entre redução de danos e cidadania neste prisma está interligada àquilo que Covre (1999) destacou em seus estudos. A autora conceitua “cidadania plena” como aquela referente ao caráter existencial e a sua vinculação com a própria destinação do ser humano, o que diz respeito ao direito à vida em seu sentido pleno. Essa construção não se dá de maneira individual, mas coletivamente, buscando não somente atendimentos às chamadas necessidades humanas básicas, mas acesso em todos os níveis de existência, o que inclui o papel dos homens na vida, na sociedade, no universo (COVRE, 1999, p. 11).

### 5.3 Prisma da Emancipação

O terceiro e último prisma é composto por um agrupamento de 7 artigos: Passos e Souza (2011); Vasconcelos (2015); Calassa, Penso e Freitas (2015); Valério e Nascimento (2017); Souza et al (2017); Bastos e Albertini (2018) e Teixeira et al (2018). Neles também não há prevalência de uma definição teórico-conceitual acerca da redução de danos, todavia identificamos que, aqui, ela é associada a um movimento político combatente do proibicionismo e da exclusão social, ao lado da luta pela transformação da sociedade. Esta não está ligada somente ao uso problemático de drogas na sociedade contemporânea, mas da “guerra às drogas”, que em suas práticas aniquila mais do que o próprio consumo de drogas<sup>51</sup>.

Todos os artigos associam a redução de danos como uma espécie de auxílio a uma política de drogas humanizada e democrática. Se comparados aos demais prismas, os aspectos, ações e estratégias do cuidado são pouco citados, assim como os aspectos pragmáticos. Já as dimensões éticas e de humanização que compõem o “olhar” que a redução de danos coloca para a clínica de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, discutido com afinco no segundo prisma, são desenvolvidos de maneira associada à luta por uma política de drogas democrática.

Identificamos que os pressupostos teóricos da redução de danos aparecem com robustez, sob um novo paradigma ético, clínico e político que resgata e discute a realidade histórica e sociocultural do país e, também, aquela que institucionalizou a redução de danos como método de cuidado em saúde (SOUZA e PASSOS, 2011). Os artigos que compõem o prisma reafirmam o respeito à singularidade e o necessário processo de humanização na gestão e na prática em saúde, incluindo a radicalidade da defesa da alteridade e de preceitos

---

<sup>51</sup> Para discussões aprofundadas ver: KARAM, M. L. De crimes, penas e fantasias, 1991.

da democracia para invenção de novas relações sociais possíveis (CALASSA, PENSO e FREITAS, 2015; VALÉRIO E NASCIMENTO, 2017; TEIXEIRA et al, 2018).

Percebemos que a máxima é o compromisso com uma ética em defesa da vida sob viés não clientelista ou benemerente, capaz de reinventar a práxis, bem como as noções e práticas sobre cidadania, em busca da radicalização dos princípios que gestaram o SUS, universalidade, equidade e integralidade (TEIXEIRA et al, 2018). Assim sendo, a radicalidade da redução de danos é a própria defesa da vida e da democracia, como propulsores de cidadania.

Entretanto, a prática da redução de danos no interior dos serviços de saúde e no território não é evidenciada, não ficando muito claro como deve se dar a atenção aos usuários de álcool e outras drogas e quais são os aspectos práticos que propiciam a cidadania dos usuários. Observamos uma valorização de aspectos teóricos da redução de danos, aspectos que apontam para um horizonte ético-político e, por vezes, filosófico, sem, no entanto, definir sua materialização em práticas de cuidado cotidianas.

A figura do redutor de danos não é abordada nos artigos que compõem o prisma da emancipação. O que parece representar certa compreensão de que redução de danos deve ser praticada por todos os profissionais que de algum modo lidam com as questões relacionadas às drogas.

Todavia, é possível que haja alguma ligação com o fato de que, a incorporação do redutor de danos nas práticas de redução de danos no campo da saúde mental não foi acompanhada de uma discussão sobre esse ator e suas funções (discussão melhor desenvolvida quando considerado o campo da IST/AIDS<sup>52</sup>).

Vimos no prisma da humanização que a prática da redução de danos é demarcada por um olhar diferenciado que busca integrar aspectos éticos e humanísticos comprometidos com a atenção integral e cidadania dos usuários de álcool e outras drogas. Aqui, nos artigos que compõem o prisma da emancipação, os autores expõem a ideia de que esse “olhar” auxilia, também, na produção de desvios desmoralizantes, presentes não somente em discursos, mas

---

<sup>52</sup>Os primeiros redutores de danos no Brasil eram usuários de drogas que estiveram ou estavam em acompanhamento, sendo a aposta de que o cuidado “par a par” pudesse ser mais eficaz se comparado ao modelo usuário x não usuário. Após a redução de danos ganhar institucionalidade na saúde pública, a figura do redutor de danos nascida no campo das IST/Aids parece ter perdido espaço para os demais profissionais que compõem as equipes de saúde. Essa discussão não será aprofundada neste estudo, pois requer outras interlocuções as quais não propusemos para esse trabalho. Entretanto, consideramos importante ponderar que, diante de nossa pesquisa e percepção do estado da arte da redução de danos, é de suma importância lutar pelo resgate histórico da importância de compor equipes com redutores de danos que sejam usuários, de modo a preservar a essência e história da redução de danos no Brasil. Fonte: anotações pessoais das discussões do Seminário “Do baque ao crack: 30 anos de redução de danos no Brasil”, realizado nos dias 4 e 5 de abril de 2019 na cidade de São Paulo.

nas práticas de cuidado, mesmo daqueles profissionais que se afirmam alinhados ao combate de estigmas e preconceitos. Isto é, tal olhar possibilita a superação de práticas e posicionamentos ético-políticos-subjetivos moralizantes, ainda presentes na saúde pública e outros setores.

Nomeadamente, cidadania está atrelada não somente a garantia de acesso a direitos, mas à questão da democracia. Tendo em vista a imersão da redução de danos em seu nível mais complexo, associado a um novo paradigma ético, clínico e político, é compreendida como indutora de uma política de drogas democrática e de enfrentamento ao proibicionismo (SOUZA e PASSOS, 2011, CALASSA, PENSO e FREITAS, 2015, VALÉRIO E NASCIMENTO, 2017; BASTOS e ALBERTINI, 2018), que compreende a realidade social violenta do país, especialmente aos grupos minoritários.

No que se refere à prática clínica, o posicionamento da redução de danos é o de compromisso com a produção desejante, interligada à produção de vida (VASCONCELOS et al, 2015; CALASSA, PENSO e FREITAS, 2015; BASTOS e ALBERTINI, 2018). A percepção de sujeito visa à radicalização do respeito e incentivo à sua participação no próprio cuidado, mas também na implicação de um sujeito político e agente de mudanças (SOUZA e PASSOS, 2011, VASCONCELOS et al, 2015, CALASSA, PENSO e FREITAS, 2015; TEIXEIRA et al, 2018), sendo a redução de danos aquela que acredita e impulsiona que tais usuários possam ocupar lugares não ocupados.

O combate ao proibicionismo não diz respeito somente à criminalização dos usuários, mas a própria organização do estado penal, pautando então uma política de atenção em saúde pública que caminhe lado a lado à política de segurança pública, pois consideram que isto impacta de maneira direta a autonomia, os direitos sociais e de cidadania da população.

Os artigos desse prisma tratam da contratualidade social, das relações sociais sob bases que não somente necessitam da democracia, mas que nos provocam a repensar que tipo de democracia possuímos, queremos e podemos então alcançar. Além disso, alguns artigos trazem a concepção de que é o Estado que deve garantir a defesa dos direitos aos usuários de álcool e outras drogas.

Passos e Souza (2011) abordam em seu artigo a maneira como a redução de danos vem se consolidando como movimento nacional que impulsiona, ao longo dos anos, uma política de drogas democrática frente ao proibicionismo. Explicam os autores que o método da redução de danos descolocou-se do foco preventivo para assumir objetivos amplos ligados a novos dispositivos de gestão e atenção, que se articularam ao longo do tempo com outros movimentos sociais, tais como a luta antiproibicionista, luta dos portadores de HIV, luta

LGBTQI+, luta das profissionais do sexo e a luta antimanicomial, colocando-se como “uma luta que comunica e, sobretudo, cria um plano de comunicação entre lutas” (PASSOS e SOUZA, 2011).

Propondo-se a pensar quais são os perigos inscritos nos modos de fazer e pensar o cuidado no campo de álcool e outras drogas na atualidade, Vasconcelos et al (2015) indagam sobre estratégias de fortalecimento da conquista de um cuidado em liberdade, antimanicomial, mas que também ampliem a resolutividade desse mesmo cuidado, desnaturalizando-o e vitalizando-o. A redução de danos não aparece explicitada enquanto conceito, mas fica evidente sua compreensão como um possível norteador da clínica do cuidado no campo álcool e outras drogas. Os autores organizam o artigo em cinco pistas que, a nosso ver, aproximam a discussão da redução de danos e da cidadania através dessa clínica que se propõe ampliada, inclusiva, afirmativa de vida e de novos territórios, capaz de rever a cidadania dos usuários de álcool e outras drogas (VASCONCELOS et al, 2015).

As pistas estão colocadas da seguinte forma: 1) um cuidado em AD comprometido com a produção desejante; 2) um cuidado em AD comprometido com o alargamento de territórios existenciais; 3) um cuidado centrado na doença para um cuidado que almeja ampliar a vida; 4) um cuidado que não quer resgatar uma condição anterior cidadã, mas produzir novos encontros e exercitar cidadania; e 5) um cuidado em AD que se tece em rede, conectando serviços, sujeitos e coletivos. Além de crítica à submissão inquestionada acerca do objetivo de resgate de cidadania mediante processo de adaptação, os autores propõem que a cidadania seja percebida por novas lentes. Embora não a conceituem, defendem a necessidade de rever certa cidadania e liberdade afirmadas nos CAPS ad sob viés adaptativo para uma produção de cidadania mais interligada à produção de vida.

Utilizam o termo “cidadania da sujeição”, que seria aquela na qual se produz a uma ‘autonomia regulada’, cuja garantia de direitos está ligada ao controle das condutas e de autopolicimento. Visto isso, ensaiam uma cidadania que nasce a partir de processos singulares, associados às práticas cotidianas, capazes de dar novas formas à vida. Propõem novos direcionamentos clínicos e políticos que, ao invés de resgate, busquem invenção de novas relações sociais e cidadania (VASCONCELOS et al, 2015).

Carvalho (2009) apoia-se numa imagem de cidadania da sujeição para discorrer sobre a exigência de adesão submissa às boas condutas sobre normalização da vida social no estado de bem estar social. Trazendo uma rica contribuição às nossas análises, pauta a relação entre o papel da ordem neoliberal vigente e o lugar do sujeito na redução de danos. Segundo o autor,

de modo renovado e ampliado, o movimento neoliberal reinventa um modo de produção de subjetividades que produz consigo uma “cidadania de sujeição” que:

identifica os sujeitos com os poderes que neles, mais do que sobre eles, são exercidos, conduzindo a uma moderna forma de dominação, marcada pela regulação e vigilância do corpo social e individual (MACHADO, 1979; DELEUZE, 1992 apud CARVALHO, 2009, p. 29).

Assim, a produção econômica e desejante da ordem neoliberal produzem novas subjetividades, pautadas no individualismo exacerbado e no consumo como caminho de felicidade, em que os sujeitos-cidadãos dóceis são integrados ao *status quo*. Acreditamos que a compreensão de sujeito presente nos artigos que compõem este prisma busca romper com a produção de subjetividades própria ao neoliberalismo (sujeitos consumidores, competitivos e adaptados ao *status quo*). Pautando-se nos estudos de Carvalho (2009), propõem que a redução de danos conceba um sujeito diferente deste, contra-hegemônico, não submisso, ligado a uma clínica que busque ampliação de vida. Outrossim, baseado nessa compreensão, é de suma importância que a cidadania dos usuários não seja percebida pelo viés do consumo e do individualismo e, como tratado por Vasconcelos et al, 2015, de um cidadão integrado a uma sociedade que em grande parte o rechaça e o julga.

Em resumo, para nós é possível afirmar que, no agrupamento de artigos do prisma da emancipação, os autores concebem o usuário de álcool e outras drogas como o “sujeito que inventa direitos e práticas de liberdade” (CARVALHO, 2009, p. 26) e, ainda, sujeito desejante, que tendo iniciado o processo autônomo de práticas de redução de danos em seus primórdios, é convocado a tecer novas contratualidades – em seu cuidado e diante da vida. Isto é, o sujeito é convocado a rever sua posição no mundo, percebendo seus limites postos e participando de maneira ativa não somente do seu projeto de cuidado, mas de um movimento maior de luta social que a redução de danos se alinha.

Embora partam de um arcabouço teórico distinto, baseado em autores da RPB como Paulo Amarante e em documentos oficiais, Calassa, Penso e Freitas (2015) aprofundam a discussão sobre redução de danos e cidadania a partir da perspectiva dos direitos humanos. Segundo os autores não existe possibilidade de falarmos em saúde, em seu contexto ampliado, sem correlacioná-la aos direitos humanos. Se os tratamentos ofertados acabam por violar os direitos dos cidadãos, não haverá saúde (AMARANTE, 1998 apud CALASSA, PENSO e FREITAS, 2015).

Os autores compreendem a redução de danos enquanto uma política de redução de danos e estratégia em prol da vida e da democracia, uma vez que se coloca contrária às forças

conservadoras, repressivas e totalitárias que buscam afirmar uma política pautada na repressão. Nesse aspecto, ao adotar uma perspectiva mais humanística pautada por forças progressistas, a redução de danos se aproxima do conceito de cidadania e democracia (CALASSA, PENSO e FREITAS, 2015).

Por meio de sua pesquisa, Calassa, Penso e Freitas (2015) apontam que, de uma maneira geral, os profissionais conhecem estratégias de redução de danos relacionadas muito mais a uma visão técnica (minimização dos prejuízos ocasionados pelo uso de álcool e outras drogas) do que uma visão integradora, capaz de respeitar as escolhas do sujeito, enxergando-o como cidadão e corresponsável pelo tratamento. Ademais, observam que os profissionais agem de formas ambíguas e incoerentes, mesmo a partir da proposta da redução de danos. Ponderam, ainda, que a própria legislação brasileira apresenta também suas contradições, o que vimos em maior aprofundamento no capítulo anterior.

Buscando retratar o extinto Programa “De Braços Abertos” (DBA), criado pela prefeitura municipal de São Paulo de modo intersecretarial, Teixeira et al (2018) afirmam que o programa pode ser percebido como uma política de intervenção que, através da redução de danos e da oferta de um pacote de direitos (habitação/alimentação; frente de trabalho/qualificação profissional; saúde e assistência social), buscou reinserção social, emancipação e autonomia dos usuários. Nesse artigo, a questão da cidadania está muito mais atrelada ao Programa BDA do que à redução de danos enquanto conceito. No entanto, fica evidente que, a compreensão do que é o programa em si, representa a própria radicalidade da redução de danos. Com base na direção da redução de danos, somada ao acesso a direitos básicos, evidenciam a promoção dos direitos humanos e cidadania aos usuários.

Pesquisando sobre a dupla vulnerabilidade das pessoas que estão em situação de rua e fazem uso de drogas, Valério e Nascimento (2017) buscam discutir a questão sob a perspectiva da bioética de intervenção, proposta que enfatiza a necessidade de politização das abordagens dos conflitos morais que envolvem a tecnologia, a saúde e a vida. Posicionada ao lado dos sujeitos mais vulneráveis, face às diversas esferas do poder no âmbito social, a perspectiva da bioética propõe o combate aos problemas sociais que abalam a vida e a saúde. Especificamente, tratando-se dos usuários de álcool e outras drogas, pode auxiliar na busca pela não estigmatização destes, buscando, ainda, contribuir com a diminuição da vulnerabilidade em que se encontram.

Em suas análises, Valério e Nascimento (2017) partem do princípio de que a rua é lugar de vida e de sobrevivência dos usuários de álcool e outras drogas. No que tange ao uso de drogas, refletem que a rua acolhe tanto aqueles que perderam suas residências fixas e que,

nessa nova condição de vida, acabam por fazer uso de drogas para lidar com o sofrimento, quanto àqueles que encontram motivação para deixar suas residências fixas e irem para um local longe das relações sociais habituais. Ressaltam que, em ambas as situações, existe um cidadão. Enfatizam, também, que para compreender por que algumas pessoas têm problemas com o uso de drogas é preciso revelar suas condições individuais e sociais. Debruçando-se sobre a problemática das drogas, não propriamente do seu uso, ressaltam que os efeitos sociais são muito nocivos e que, por vezes, a droga é consequência e não causa de problemas de ordem social. Assim sendo, para uma política de drogas eficaz, faz-se necessário agir não somente sob o uso de drogas e sob os indivíduos, mas nos problemas sociais que vulnerabilizam ainda mais as pessoas.

Valério e Nascimento (2017) não trabalham com uma concepção teórica de cidadania, mas ficam evidentes os aspectos da defesa dos direitos. Com base em Jessé Souza (2016), afirmam que as vulnerabilidades e as desigualdades vivenciadas pelos excluídos sociais têm origem na organização social e racial, que acentua a pobreza e dificulta o acesso dos que necessitam do Estado para ter a sua cidadania garantida. Diante da proibição do uso de algumas drogas, aqueles que quebram as regras sociais parecem ter menos direitos à assistência em saúde e ao social e, por vezes, em nome disso, tem seus direitos humanos violados, não raro com afirmação de que é para garantia de suas vidas. Assim, a condição de cidadão perde seu lugar central, sendo os usuários de drogas marcados pelo estigma e por uma noção de “animalização”, pautada na naturalização de práticas que excluem a autonomia e o seu reconhecimento enquanto cidadão. A redução de danos é percebida como uma perspectiva que busca interromper essa organização (VALÉRIO e NASCIMENTO, 2017).

Uma discussão sobre a naturalização de práticas excludentes pode ser lida também no artigo de Souza et al (2017). Nele, encontramos uma análise das resistências postas pelos profissionais de saúde mental em álcool e outras drogas à implementação da redução de danos. Similar ao que Calassa, Penso e Freitas (2015) notaram, os autores observam que alguns profissionais possuem atitudes ambivalentes em relação aos paradigmas assistenciais da redução de danos e da psiquiatria clássica. A redução de danos é tida pelos profissionais como práticas cotidianas orientadas por explicações que vão desde argumentos científicos a pensamentos do senso comum. Costumam buscar, de modo simultâneo, modos de lidar com o uso de álcool e outras drogas dos através de estratégias de redução de danos e de abstinência.

Para Souza et al (2017), algumas dessas atitudes e pensamentos não são condizentes com os programas de redução de danos, que são entendidos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. Para essa concepção, os autores utilizam-se do aporte

teórico de Queiroz (2001) que, através de abordagem e leitura psicanalítica, mencionado no segundo prisma, busca reconhecer os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania. Sobre este, não identificamos elementos de discussão, mas os autores concluem que a resistência profissional à redução de danos acaba por arrefecer a cidadania dos usuários.

Cabe ressaltar que, para justificar essa observação crítica, utilizam-se dos estudos de Passos e Souza (2013), referindo-se a uma política de drogas democrática em um ambiente de corresponsabilização pelas tarefas de cuidado, considerando que para reduzir os danos é importante ampliar a oferta de assistência em um ambiente participativo (SOUZA et al, 2017).

Bastos e Albertini (2018) também defendem o respeito à autonomia dos usuários, discorrendo sobre os prejuízos que a “guerra às drogas” e o proibicionismo produzem para a sociedade e os empecilhos para o cuidado. Compreendem a redução de danos como política pública que, embora reconheça os danos causados pelas drogas, supõe que nem todo uso é danoso. Com base nisso, propõem um cuidado que se preocupa com a singularidade e os princípios de respeito à autonomia. Deste modo, as autoras caracterizam a redução de danos como “antípoda do proibicionismo”.

Correlacionando a redução de danos com a psicanálise, Bastos e Albertini (2018) ponderam que ambas, cada uma a seu modo, se contrapõem ao movimento de exclusão do sujeito ativo, capaz de fazer escolhas. O modelo pautado na perseguição à abstinência coloca o usuário de drogas na posição de objeto, sem considerá-lo enquanto cidadão, sujeito do inconsciente e suas escolhas. Concluem que não há tratamento possível se não for pautado no sujeito de direito, do cidadão, o sujeito do gozo.

No que se refere à concepção de sujeito presente nos artigos que compõem este prisma, utilizamo-nos de Lima (2011) que, reconhecendo a posição de sujeito do usuário, trata do reconhecimento da singularidade e do lugar social destes como condição fundamental para as relações de cuidado. Ainda que não estivesse falando exclusivamente do usuário de drogas, apreciamos que essa compreensão de sujeito que:

implica em um rompimento epistemológico com saberes e práticas tradicionais, pois não lidaremos mais com objetos de estudo ou intervenção, mas sim com um sujeito e toda a dinâmica de sua vida e do seu existir. Cuidar, nessa direção, significa estar em um *processo relacional de constante invenção, construção, costura, montagem, de projetos de vida singulares; é agenciar e articular um espaço intersubjetivo* (LIMA, 2011, grifo nosso).

Reafirmando a ética, humanização e reconhecimento do lugar de cidadão dos usuários de drogas, acreditamos que o prisma da emancipação representa a afirmação de uma clínica

que além de ética e humanística, tal qual exposta no prisma da humanização, propõe-se indissociável da política.

Tendo em vistas os aspectos que são ressaltados nos artigos (para além da humanização e da integralidade), aqueles relacionados à participação ativa, emancipação e exercício da cidadania associada à luta pela democracia, percebemos aproximações ao conceito de sujeito social e político. Buscando recuperar as noções de subjetividades na saúde coletiva, com base nos estudos teóricos de Alain Touraine, Ferreira Neto et al (2011) abordam a construção política de atores sociais para a Reforma Sanitária. Embora este artigo não trate da temática da redução de danos, consideramos que a noção de sujeito por ele indicada corresponde àquela trabalhada pelos autores que agrupamos no prisma da emancipação.

Ferreira Neto et al (2011) defendem que o processo da Reforma Sanitária valoriza as experiências coletivas, numa perspectiva política de ação e transformações sociais. Consequentemente, concebe um sujeito protagonista que é agente coletivo ou ator da mudança social, isto é, capaz de exercer novas funções, relações e agir por mudanças para coletividade.

Trata-se de uma noção de sujeito que dialoga com os artigos do prisma da emancipação, em cujos artigos a questão da cidadania parece estar interligada ao exercício ativo e protagonista na coletividade. Nessa perspectiva, a clínica enxerga as questões singulares dos sujeitos, mas pauta-se por uma redução de danos que, por meio de seus atores sociais, luta pela ampliação da cidadania dos usuários de álcool e outras drogas. Essa luta está fortemente relacionada ao combate do estado penal e por uma reformulação da política de drogas, que atinge não somente os usuários de álcool e outras drogas, mas toda a população. E mais do que isso, para o exercício da cidadania, requer a democracia como meio e instrumento de garantia de cumprimento e avanços dos direitos sociais, civis, econômicos e humanos.

Tendo em vista a correlação binomial entre democracia e cidadania colocada nesse prisma, observamos aproximação aos estudos de Machado (2003), que afirma que a concepção de cidadania é intrínseca à concepção de democracia, sendo uma complementar à outra. Segundo a autora:

No Brasil, atualmente, a cidadania e a democracia têm se colocado como paradigmas na construção de um novo direito das relações sociais, tendo uma concepção de Estado de Direito – um Estado que, em seus marcos legais, estabelece a democracia como sistema político e a cidadania como paradigma de aperfeiçoamento, aprofundamento e garantia da democracia (MACHADO, 2003).

Acreditamos que nos artigos que compõem o prisma da emancipação, a redução de danos parece tomar a cidadania como conceito e prática de aperfeiçoamento, aprofundamento pela garantia de direitos e pela realização humana (COVRE, 1999). Tendo em vista o caráter histórico e político do conceito de cidadania e a compreensão de sua extrema dependência do processo e da conjuntura sociopolítica do país e suas regiões, observamos que, dialeticamente, a redução de danos pode alinhar-se à luta pelo avanço da cidadania, da realização humana e da própria democracia.

Além disso, segundo Machado (2003), democracia liberal é compreendida como o exercício do poder político, das relações igualitárias e dos direitos iguais e, necessariamente, há o cerceamento do poder dos indivíduos. Este cerceamento tem a intenção de limitar o alcance da cidadania, porém ao envolver a dominação dos indivíduos em uma “capa democrática”, ao mesmo tempo, abre espaços para a luta pelo fortalecimento da democracia (MACHADO, 2003, p. 4). Conforme ponderou Chauí (2019), na democracia liberal, cidadania comporta essencialmente os direitos sociais e somente na democracia social real haverá ampliação do sentido dos direitos. Deste modo, a luta pela democracia e pela ampliação de direitos deverá estar associada à luta por uma nova formação de sociedade, pautada em outro modo de acumulação e produção.

Enfim, compreendidos os limites interpostos à luta contra o sistema de opressão capitalista, onde a universalização da cidadania e da realização humana de maneira plena é incompatível (COUTINHO, 1997), a redução de danos pode estar ao lado de outros conceitos e práticas em saúde que busquem o aprimoramento da cidadania e da democracia brasileiras, especialmente em prol das classes mais vulneráveis. Além disso, em seus discursos e práticas emancipatórias, a redução de danos pode contribuir para alimentar as lutas populares na retomada do protagonismo da sociedade civil.

#### 5.4 Balanço geral

Analisados os artigos científicos percebemos que, ao buscar compreender as questões da cidadania relacionada à redução de danos, nos esbarramos com outros conceitos que também guardam importantes discussões. Associadas às práticas da redução de danos, alguns artigos trazem rápidos apontamentos sobre “visão solidária”, “resgate de relações pautadas na solidariedade” e “atitudes empáticas” que presam pela “responsabilidade” ou “corresponsabilização” (DELBON, DAROS E FERREIRA, 2006; PASSOS e SOUZA, 2013, DIAS et al, 2016).

Além destes, conceitos como “justiça social”, “inclusão social”, “participação social”, “emancipação”, dentre outros, também foram encontrados em nossa revisão narrativa. Há um limite na possibilidade de destrinchá-los e aqui discuti-los, no entanto, é importante ressaltar que esses conceitos parecem ser incorporados pelo discurso neoliberal, especialmente quando se trata da garantia de direitos sociais. Não raro, os representantes dos setores conservadores, imbuídos pelo discurso neoliberal, utilizam-se destes termos para justificar o repasse das obrigações do Estado para a sociedade civil (SILVA, 1999). Deste modo é de suma importância que estejamos atentos aos movimentos que, pautados na solidariedade e responsabilidade, podem retirar o papel do estado democrático de direito de cumprir seu dever para com os cidadãos.

Vide nossa revisão documental outrora discutida é possível notar que alguns daqueles documentos convocam a sociedade civil para que, de modo solidário e responsável junto ao Estado, possam garantir uma sociedade segura a todos os cidadãos brasileiros. Neste discurso, ressaltam e convocam parcerias e colaborações entre o estado e a sociedade civil (BRASIL 2002b; 2004; 2007; 2012c; 2018a; 2018b) que podem também configurar-se em parcerias público-privadas. Como pesquisado por Nardi e Rigone (2009) ações de complementaridade nas parcerias entre o governo e a sociedade civil não são sempre claras. Por vezes escusas, constituem-se como fator que dificulta a sustentação de políticas e programas que buscam garantir direitos sociais, tais como os programas de redução de danos.

É importante destacar que desde a década de 1990 vimos a crescente onda neoliberal que ataca os princípios constitucionais que afirmaram a saúde como direito, delegando à sociedade civil a responsabilidade pelo cuidado em saúde. O conceito de solidariedade, tal qual o de cidadania, perdeu fôlego de discussões aprofundadas e passaram a ser utilizados como jargões que nem sempre evidenciam seus sentidos

Obviamente não procuramos invalidar o movimento social da redução de danos e demais movimentos sociais que, muitas vezes organizados com base na solidariedade, conquistaram novos direitos, assim como a própria redução de danos (SOUZA, 2007). Todavia, acreditamos que a questão da institucionalização de práticas que são iniciadas pelos movimentos sociais civis, quando organizados em políticas públicas, merece estudo e aprofundamento teórico futuros que envolva a relação instituído-instituente em profundidade.

O surgimento da redução de danos revela os laços de solidariedade que reuniram usuários de drogas injetáveis para um cuidado de si e do coletivo a que pertenciam (ANDRADE, 2011; PASSOS e SOUZA, 2011). Este atributo foi imprescindível para que a redução de danos pudesse ser notada e incorporada enquanto práticas de cuidado nas políticas

públicas, devendo ser valorizado de modo a resgatar e perpetuar o protagonismo do usuário em seu tratamento, evidenciando que os usuários sabem e constroem estratégias de cuidado para si com veemência.

Quando falamos em redução de danos acreditamos que a questão da solidariedade precisa ser olhada com mais delicadeza, uma vez que não pode ser confundida com a necessidade de benemerência, ajuda, amor e auxílio. Essas estratégias podem ser válidas em outros campos, mas quando se trata do seu envolvimento em uma política pública (saúde, neste caso), dificultam a sua consolidação e ameaçam os princípios igualitários que forjaram o próprio SUS, retornando a uma prática clientelista que buscamos combater na saúde pública e na atenção aos usuários de álcool e outras drogas (MACHADO e MIRANDA, 2007).

Além disso, em nossa revisão narrativa percebemos que os autores parecem resgatar o pressuposto ético da tomada de responsabilidade, diretriz da RPB, de que tanto o discurso médico quanto o jurídico buscaram destituir os sujeitos, especialmente aqueles com crivo de incapaz e louco (AMARANTE, 1995, 1996).

A tomada de responsabilidade refere-se à responsabilidade do serviço pelo acompanhamento integral, à responsabilidade profissional coletiva pelo cuidado compartilhado e à responsabilização do usuário pela sua condição psíquica, pelo seu tratamento e pela sua vida (PINTO et al, 2011). Esse pressuposto de responsabilidades compartilhadas busca resgatar a condição de sujeito ativo tanto dos profissionais quanto dos usuários em seus respectivos processos de trabalho e de cuidado.

Em seus primórdios, a RPB tomava para si a tarefa da construção da cidadania do “louco”, sendo cidadania compreendida “não como atributo mais formal de características universais, mas como projeto aberto às singularidades e especificidades das diversas formas de expressão da condição humana” (LEAL, 2000). Contudo, a pauta da cidadania não se sustentou como questão no interior do campo e de suas práticas, especialmente quando alargamos essa discussão aos usuários de álcool e outras drogas. Se antes a RPB pautou a cidadania do “louco”, hoje vivemos com mais afinco o momento de buscar caminhos e práticas que incluam o usuário de álcool e outras drogas no rol dos cidadãos de direitos, fundamentados em preceitos democráticos, éticos e humanistas.

Segundo Leal (1999), durante a década de 1990, tal qual o conceito de “cidadania”, o termo “responsabilidade” também foi perdendo espaço no debate e na produção teórica. A autora sugere que os percursos sócio-históricos acabaram desgastando-as com o tempo. Através de nossa revisão, acreditamos que cidadania ganhou contornos cada vez mais

amorfo, abstrato, sem guardar atributo particular ou especial, aparecendo sob outras formas e termos já destacados.

Não parece ser coincidência que o termo “responsabilidade” tenha ganhado grande espaço no interior das políticas públicas, inclusive a saúde mental, retirando de cena a temática da cidadania. Diversos autores exploram os efeitos da chamada “tomada de responsabilidade” em tempos de políticas neoliberais (SILVA, 2004; CAMARGO JR, 2001), com a crítica sobre a transferência de responsabilidade do Estado Nacional para os municípios e para a sociedade civil. É importante refletir que, se adotada “ao pé da letra” e com poucas reflexões, a “tomada de responsabilidade” pode ter efeitos que acarretam em abandono à própria sorte, quando pensamos no usuário, e uma espécie de sobrecarga, quando pensamos nos serviços públicos e em seus trabalhadores.

Como já mencionado, é necessário não perder de vista o papel do Estado em criar meios e políticas públicas eficazes, pois corremos o risco de reafirmar uma lógica de cuidado individualizante na qual as pessoas devem se organizar para exercer cuidado de si e de seus pares, eximindo o Estado de seu papel. Lógica esta contrária à de combate de desigualdades sociais pelas políticas públicas de que as Reformas Sanitária, Psiquiátrica e a lógica da Redução de danos se alinham.

Ademais, perder de vista o papel do Estado na criação e regulação de políticas públicas e de estratégias de cuidado devidamente discutidas na sociedade civil e na comunidade científica pode contribuir para deixar a redução de danos vulnerável à ação de interesses de ordem privatizantes e asilares. Os interesses privatizantes (asilares ou não) tendem a pautar-se por práticas mais compromissadas com o lucro do que com o cuidado ético e humanizado, rebatendo ativamente na cidadania dos usuários de álcool e outras drogas.

Tal questão denota que o desafio da redução de danos, ou melhor, da RPB, segue sendo implementar pequenas e grandes estratégias para a construção de uma sociedade verdadeiramente inclusiva e de fato democrática, tendo o Estado como seu ordenador através de políticas públicas que consideram as diversidades e desigualdades do país, ao mesmo tempo que procuram combater as últimas. Como defendido por Norberto Bobbio a era dos direitos deve estar voltada para a construção de uma civilização fundamentada na ética e nos direitos humanos ou não haverá futuro que se possa prever (COUTINHO, 2004; BRASIL, 2001). Desta forma, o tema dos direitos é central para todas as políticas públicas que se propõem propulsoras de cidadania.

Nos três prismas foram identificadas questões, conceitos e objetivos que aproximam o conceito de redução de danos na defesa dos direitos e da cidadania dos usuários de álcool e

outras drogas. No entanto, cabe indagar que, não havendo discussão e conceituação de cidadania, supomos que não há clareza dos limites para que a redução de danos possa ser propulsora de cidadania. Ao afirmar que, diante da prática emancipatória e do olhar ético-humanístico da redução de danos o usuário pode ter sua cidadania garantida, nos parece que se tem em mente o acesso aos específicos direitos sociais que estão estabelecidos na democracia liberal burguesa. Isto porque a concepção de cidadania na sociedade neoliberal é por si só ambígua em relação aos seus limites e possibilidades.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Si cada día cae  
dentro de cada noche,  
hay un pozo  
donde la claridad está encerrada.

Hay que sentarse a la orilla  
del pozo de la sombra  
y pescar luz caída  
con paciencia.  
Últimos Poemas, Pablo Neruda (1997)

Como um processo que dialeticamente termina em um produto provisório e com novas interrogações (MINAYO, 1993), nas páginas seguintes lançamos as análises finais de nossa revisão documental e revisão narrativa da literatura, contendo um resumo das categorias e resultados encontrados e, diante delas, as fragilidades e aberturas para trabalhos futuros.

Nossa revisão documental foi dividida em dois grandes períodos, sendo o primeiro marcado por maior avanço da redução de danos (2002-2012) e o segundo por novos rearranjos da política proibicionista (2015-2019). Os resultados da revisão documental revelam que a redução de danos nunca foi uma política pública, mas esteve presente enquanto direção ao cuidado dos usuários de álcool e outras drogas nas legislações norteadoras da Política de Saúde Mental, especialmente após publicação do documento norteador do Ministério da Saúde (2003).

As legislações e demais documentos que propunham a redução de danos foram criados em convívio com a manutenção da Política Nacional sobre drogas, sempre pautada no proibicionismo, ainda que em alguns momentos com abertura à redução de danos. A partir de 2012, movido por forças conservadoras e proibicionistas, vivenciamos movimentos contrários ao avanço da redução de danos, da reforma psiquiátrica e de uma política de drogas democrática, que ganha muita força em meados de 2018.

Podemos reconhecer que as legislações também são construídas em torno de ideologias e discursos científicos, pautados em compreensões de mundo e de sujeito/cidadão. Em alguns momentos da história brasileira, as legislações do campo das drogas incluíram a compreensão do uso prejudicial como questão de saúde pública, cuja abordagem incluiria métodos distintos e, em alguns aspectos, contraditórios: repressão da demanda de uso de drogas (redução de riscos, danos e agravos à saúde e/ou a vida) e, propriamente, a redução de danos da forma como compreendemos, em maior complexidade. Na maior parte do tempo, contudo, as legislações do país configuram a problemática das drogas como questão de

segurança pública, que tem como principal meta o combate do narcotráfico em vistas de uma sociedade livre das drogas.

Apesar de nunca ter se constituído enquanto uma política pública, definida em Lei ou Portaria Ministerial, o conceito de redução de danos aparece nas legislações como estratégia de prevenção aos riscos sociais e à saúde, estratégia de tratamento e norteador ético na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, bem como estratégia, lógica, perspectiva e método de cuidado em saúde. Assim sendo, ainda que a nova Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2019b) reafirme a lógica da abstinência total, não está dado que as ações e práticas pautadas no conceito redução de danos serão eliminadas, isto porque, como dito, a redução de danos segue citada e afirmada em outras legislações.

No entanto, o que estará compondo o jogo de disputa nos próximos anos são os discursos científicos que sustentam lógicas de cuidado e, além disso, o financiamento público, que a partir de agora (BRASIL, 2018a, 2018b, 2019c) tende a direcionar-se em maior montante aos dispositivos asilares (leitos em Hospitais Psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas) do que aos serviços territoriais e abertos (CAPS, UAA). Isto é, a atenção ao usuário de álcool e outras drogas estará em ampla disputa, bem como sua cidadania.

Como advertido por Paulo Amarante e Luis Eugenio de Souza (2013)<sup>53</sup>, o aumento do uso de drogas precisa ser compreendido mais como um “analisador”, isto é, como um indicador do que vem acontecendo na sociedade como um todo, do que como um mal que precisa ser combatido a todo custo. A desigualdade social, a concentração de renda, a violência e a falta de perspectivas para as pessoas, especialmente os mais pobres, são também consequências da chamada “guerra às drogas”. Além disso, esses problemas sociais podem se constituir como fatores que contribuem para o abuso de substâncias psicoativas.

As práticas e ações pautadas pela redução de danos evidenciam que quanto mais pobre, vulnerável e “excluído” é o usuário, maior é a sua estigmatização, riscos e danos. Isto é, o uso de álcool e outras drogas, quando associado à miséria, amplia a vulnerabilidade social de inúmeros usuários. Assim sendo, a nosso ver, a redução de danos inclui-se no debate em prol de uma política sobre drogas combinada a políticas sociais que buscam a diminuição da desigualdade social.

A redução de danos está em discussão há pelo menos 30 anos no Brasil, tempo recente do ponto de vista histórico. A despeito da existência de estudos sobre o tema, algumas lacunas

---

53 AMARANTE, P; SOUZA, L. E. Contra o Crack: Mais Respeito à Cidadania!. Reportagem, ABRASCO. Janeiro/2013. Fonte: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/contra-o-crack-mais-respeito-a-cidadania/897/>. Visitado em Junho de 2018.

precisam ser reconhecidas e trabalhadas e discutidas com afinco entre os estudiosos do tema. Ao longo de sua recente história a redução de danos foi mudando junto com o contexto brasileiro de uso de drogas, adentrou alguns campos, dentre eles o da saúde mental e atenção psicossocial, ganhando novos contornos que incluem a questão da democracia. Atualmente, a redução de danos está presente desde ações profissionais em cenas de uso de crack, tais como “cracolândia” e “fluxos”; instituições como CAPS, UBS, abrigos, escolas até festas temáticas em que o uso de drogas sintéticas e álcool são amplamente observados<sup>54</sup>.

Como percebido em nossa revisão narrativa da literatura, a redução de danos materializa-se não através de leis e decretos, mas no próprio fazer profissional e nas lutas populares às quais essa prática se alinha. Isto é, a redução de danos materializa-se também nos movimentos e lutas sociais pela cidadania e democracia brasileiras, especialmente em prol de uma política de drogas mais democrática. Para tanto, o fazer profissional comprometido com a ética e a humanização e as lutas e movimentos sociais se farão ainda mais necessárias e urgentes, de modo que a redução de danos siga existindo e demonstrando suas possibilidades.

Ademais, os resultados de nossa revisão da literatura demonstram que há diversas formas de descrever a redução de danos, posta sua variedade de características incorporadas ao longo do tempo. Nossa divisão categórica em três primas não buscou apresentar distintas reduções de danos, mas sim identificar e revelar possíveis modos de ver da redução de danos com matizes que se interpenetram uns nos outros, características marcantes que podem ser vistas em práticas e ações compreendidas como redução de danos.

A diversidade das descrições está presente em todo conteúdo analisado, demonstrando a complexidade que o tema da redução de danos alcançou. Assim, os prismas aqui apresentados organizam alguns modos de entender o que é o que se pretende com a redução de danos, mas não se opõem entre si e nem mesmo às definições de redução de danos própria ao campo da atenção psicossocial que apresentamos em nosso marco teórico conceitual.

Os prismas guardam, cada um, algumas características e associações mais marcantes da redução de danos. Em resumo, o prisma do pragmatismo revela-nos características pragmáticas, com descrição de ações e práticas de redução de danos. O segundo prisma, da humanização, traz embutido reflexões sobre ética e humanização, muito associada aos direitos humanos, rediscutindo o cuidado integral e a clínica de atenção ao uso de álcool e outras drogas. Neste a redução de danos é compreendida como um “fazer-saber” não especialista. Por último, o prisma da emancipação traz consigo o debate das consequências do

---

<sup>54</sup> Fonte: anotações pessoais das discussões do Seminário “Do baque ao crack: 30 anos de redução de danos no Brasil”, realizado nos dias 4 e 5 de abril de 2019 na cidade de São Paulo.

proibicionismo e “guerra às drogas” aos usuários de álcool e outras drogas, em prol de uma política de drogas democrática e um cuidado emancipatório.

Não foram encontradas quaisquer definições de cidadania, tanto nos documentos quanto nos artigos científicos. Em contrapartida, os artigos reconhecem a potência da redução de danos para a humanização do cuidado e valorização dos direitos e cidadania do usuário de álcool e outras drogas, apontando um uso corriqueiro de alguns conceitos como cidadania, inclusão social, respeito aos direitos, humanização, participação.

Vimos que o nascimento da redução de danos no Brasil apresenta importância histórica na luta pelos direitos de cidadania de uma população marcada pela exclusão e invisibilidade. Embora reconheçamos que os artigos enfatizem capacidade de resistência da redução de danos no Brasil, a ausência de discussões acerca de seus limites pode reduzir suas possibilidades de crítica, dificultando assim o seu próprio avanço e evolução. Além disso, apesar de compor um “olhar” cada vez mais largo e abrangente, suas inúmeras possibilidades de conceituações nem sempre evidenciam suas práticas, mantendo-se, muita das vezes, em um debate ético, humanista e filosófico que é muito necessário, porém insuficiente.

No que diz respeito ao debate sobre cidadania, importa enfatizar que a redução de danos pautou-se, inicialmente, na defesa do direito ao uso de substâncias e acesso aos serviços de saúde com equidade, respeito às diferenças e ao direito de escolha (ao uso e ao tratamento), sendo o cuidado no território e nas cenas de uso práticas amplamente descritas e observadas. Não é recente, portanto, o compromisso com a preservação e a promoção dos direitos de cidadania dos usuários, pautado em práticas/ações/estratégias que buscaram promovê-los.

O intuito da pesquisa não é analisar em extensão e profundidade de toda a problemática implicada no conceito de cidadania. No entanto cabe salientar que não buscamos reduzir cidadania à titularidade de direitos, nem definir a redução de danos diante da linearidade histórica. Mas, exercitar o início de algumas problematizações e indagações, buscando compreender como os documentos e artigos científicos tratam do tema da cidadania e avaliam os limites e possibilidades que a redução de danos possui para propulsionar a cidadania dos usuários de álcool e outras drogas.

Nesta pesquisa buscamos discutir a cidadania a partir das compreensões trazidas pelos autores de artigos que tratam da redução de danos e dos documentos oficiais. Ao longo da pesquisa percebemos que estes se utilizam de conceitos de natureza polissêmica e que guardam entre si questões e fenômenos de ordem humana de grande complexidade, o que limitou nossos estudos. Há necessidade de ampliar a discussão desses conceitos, tais como justiça social, solidariedade, responsabilidade, autonomia, protagonismo, emancipação,

participação, corresponsabilização, empoderamento<sup>55</sup>, dentre outros, de modo a sistematizar suas ambiguidades, semelhanças e diferenças, fundamental para a compreensão e avaliação das experiências de redução de danos em prol da cidadania, da mudança de *status quo* e da luta por uma outra sociedade, mais democrática e igualitária.

Além disso, é importante que hajam novos estudos que se direcionem a discutir a importância do redutor de danos-usuário na atuação da redução de danos; os limites impressos pela institucionalização da redução de danos; e, diante das novas legislações e redirecionamentos que estão sendo recolocados, discutir os limites e as novas possibilidades para a redução de danos, bem como do papel da RPB na luta pela cidadania dos usuários de álcool e outras drogas.

Como mencionado ao longo do nosso trabalho, durante sua gestação, a RPB pautou a cidadania do “louco” como uma de suas questões principais, mas quando falamos da cidadania do usuário de álcool e outras drogas há importante carência de produções teóricas. Visto isso, os textos clássicos da RPB nos auxiliaram na discussão sobre a cidadania, buscando adaptar algumas ideias e conceitos para o cenário da redução de danos. Mas observamos que é necessário um mergulho mais aprofundado no conceito de cidadania, de modo a repensar o que se constitui defender a cidadania do usuário de álcool e outras drogas na sociedade capitalista contemporânea, que é distinto de defender a cidadania do louco nas décadas passadas e subsequentes.

Amarante (1996, p.114-115) falava sobre a importância de deixar o louco viver sua loucura, mas em um novo contexto de cidadania, dando o real direito ao cuidado, sem que este fosse excluído, violentado, discriminado. Como transpor essa concepção de cidadania e cidadão para o usuário de álcool e outras drogas que vive sob o paradigma proibicionista? Deixar o usuário usar as drogas que possui interesse, mas como envolvê-lo em um contexto de cidadania não excludente, violento, discriminado? Como garantir que possa receber auxílio em seu sofrimento e em sua possibilidade de ser cidadão de direitos, de desejo e de projetos?

Sem uma resposta pronta e fechada, e muito mais com novos questionamentos, compreendemos que a redução de danos, enquanto método de cuidado e enquanto um “olhar” a questão das drogas na sociedade, pode ser um terreno fértil de discussão de uma política de drogas democrática e da cidadania do usuário, mas apresenta seus limites naquilo que

---

55 Segundo Vasconcelos (2013) a apropriação deste conceito pela RPB guarda desafios e ambiguidades, sendo possível identificar diferentes níveis de práticas e estratégias de empoderamento em saúde mental tais como: o cuidado de si, a ajuda mútua, o suporte mútuo, a transformação da cultura difusa em relação ao transtorno mental na sociedade, a defesa de direitos, a militância social e política, além do uso de narrativas pessoais de experiência de vida em primeira pessoa.

gostaríamos de poder afirmar: “a redução de danos garante a cidadania dos usuários de álcool e outras drogas”.

Ademais, a política de combate às drogas não é pautada somente pela lógica de abstinência, mas em diversas medidas que visam garantir a repressão do consumo, venda, produção e tráfico de drogas e, agora, mais do que nunca, a repressão policial tende a ser um dos principais meios através dos quais o Estado busca de uma sociedade livre de drogas. Nos dias de hoje, segunda década do século XXI, travestido em novo discurso científico, com apresentação de dados estatísticos, a Política Nacional sobre drogas afirma o uso prejudicial de álcool e outras drogas como importante questão de saúde pública, mas indica a abstinência como forma de tratamento e segue, de maneira mais contundente, em direção ao combate do narcotráfico.

Assim, nos próximos anos a política de drogas tenderá a seguir baseada, essencialmente, em medidas de controle para redução da oferta e da demanda, sendo que a primeira envolve a repressão e combate ao narcotráfico, mediante tipificação de crimes e penas. Já a segunda, implica em medidas de prevenção e tratamento, que agora, mais do que nunca, institui a abstinência e a busca por uma sociedade livre de drogas. Não se trata de afirmar que abstinência não é um modelo eficaz, ocorre que atinge uma parcela ínfima e, por esse motivo, criará inúmeras barreiras de acesso ao tratamento para aqueles usuários que não querem ou não conseguem interromper o uso de álcool e outras drogas. Apontamos que esse fato pode acarretar numa diminuição importante de acesso aos direitos por esta população.

Entendemos que neste momento, mais do que nunca, urge “contaminar” setores. Dito de outra forma é necessário que a intersectorialidade esteja presente, ampliando espaços de circulação da população por diversos dispositivos, não como alguém que “peregrina” entre instituições buscando que alguma atenda as suas demandas, mas podendo circular por estas, ampliando vínculos e relações com as pessoas envolvidas. Além disso, é fundamental ampliar o debate sobre o uso de álcool e outras drogas, não somente no setor saúde, buscando desconstruir práticas, atitudes e pensamentos que retroalimentam o moralismo e o estigma do uso de álcool e outras drogas, e tanto dificultam o exercício e ampliação de direitos destes usuários.

As novas demandas reconhecidas pelas práticas de redução de danos nas instituições e nos territórios demonstram a necessidade de uma luta cotidiana não somente pela direito ao uso de drogas e garantia de um cuidado humanizado, mas de uma prática que auxilie na ampliação de vida. Não é coincidência que as experiências e avaliações de serviços de saúde que atendem a população usuária de álcool e outras drogas revelem que o “perfil” é de

pessoas que vivem em condições de grande vulnerabilidade, sendo a sua maioria negra ou parda, com baixa escolaridade, moradores de áreas de riscos e que sofrem cotidianamente com a violência em suas múltiplas possibilidades (BEIRAL e CERQUEIRA, 2016).

É preciso reconhecer que a história de formação do estado brasileiro é marcada por agressões à população e de grande ataque aos seus direitos, tendo seu processo de construção social sido pautado na exploração e na violência contra o povo brasileiro. Suas marcas podem ser percebidas na desigualdade social e na violência. É necessário partir da afirmação basilar de que as instituições que chamamos dispositivos de saúde mental e que podem, através de seus trabalhadores que lhe dão vida, fomentar o método e o “olhar” da redução de danos em prol da cidadania dos usuários são, antes de tudo, fruto de políticas públicas de proteção social que, por conseguinte, são respostas aos conflitos que emergem das relações de classes e destas com o Estado democrático.

Conforme pontuou Lima e Silveira (2016), as formas de proteção social vigentes em diferentes contextos sócio-históricos têm configurado a contradição entre a afirmação do direito de cidadania para toda população e os constrangimentos que são convertidos em desafios para a gestão e manutenção das políticas públicas. Aqui acrescentamos os desafios que emergem no cotidiano dos dispositivos que se propõem, de algum modo, a lutar pela cidadania da população. É preciso definir os meandros possíveis para seguir lutando por uma prática instituinte, mas perceber os limites colocados pela contradição inerente que fez emergir as políticas públicas e os dispositivos que buscam lhe dar vida através dos trabalhadores.

Essa contradição é inerente e impõe limites à efetivação da universalização dos direitos e do *status* de cidadão para toda a população. A formação social, as feridas deixadas pelo processo de colonização e o avançar e reorganizar do neoliberalismo infringe ativamente no exercício de cidadania de toda população, mas, especialmente da população que está historicamente à margem. A população usuária submete-se a condições precárias e perigosas para a busca e o consumo de drogas, além de consumirem uma substância sem controle e vigilância, que, mormente, acarreta em outros tantos prejuízos à saúde (KARAM, 1993; HARI, 2018).

Assim sendo, como mencionou Lima e Silveira (2016, p. 155) “o Estado produz mecanismos progressivamente sofisticados para interferir no social, nas relações, fragmentando, individualizando e patologizando as demandas sociais”. A discussão de uma política de drogas democrática associada à cidadania chama atenção para que a redução de danos possa situar-se ao lado da luta e defesa dos direitos da população, sem correr o risco de

animalizar, patologizar problemas sociais diversos, sob rótulos de transtorno mental e dependência.

Ainda que retirada dos norteadores das políticas de atenção aos usuários de álcool de drogas, o destino da redução de danos não está fadado ao abandono e esquecimento. Caberá aos atores sociais afeitos à democracia e ao cuidado emancipatório fazê-la viva, ainda que sejam necessárias novas adaptações. Para tanto, além do necessário debate intersetorial acerca do uso de álcool e outras drogas na sociedade contemporânea, acreditamos que a natureza dos problemas evidenciados pela prática profissional alinhada à lógica de redução de danos estão singularmente relacionada ao processo histórico de formação social brasileira. Esta compreensão instiga que os trabalhos futuros sobre redução de danos e cidadania incluam a interseccionalidade enquanto ferramenta teórico-metodológica capaz de refletir, por exemplo, a inseparabilidade estrutural entre colonização, racismo e capitalismo. Acreditamos que a valorização da intersecção de identidades diante do sistema de opressão, dominação e discriminação a que estamos imersos pode auxiliar o método da redução de danos, fortalecendo assim a luta pela cidadania dos usuários de álcool e outras drogas.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, R. C. F. **Violência, Sofrimento Social e Saúde Pública**. Revista Serviço Social & Saúde, Campinas, v. 9, n. 9, p. 1-25, jul. 2010.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

ALVES, V. S. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas**. Cad. Saúde Pública [online]. 2009, vol.25, n.11, pp.2309-2319.

ANDRADE, T. M. de. **Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva [online]. vol.16, n.12, pp.4665-4674, 2011.

ARAÚJO, A. C. C; PIRES, R.R. **Redução de Danos na Atenção Psicossocial: concepções e vivências de profissionais em um CAPS ad**. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 11(3), 9-21, 2017.

ARAÚJO, A. T. S; SILVA, J.C; OLIVEIRA, F.M. **Infância e adolescência e redução de danos/intervenção precoce: diretrizes para intervenção**. Psicologia argumento, 2013.

BASTOS, A. D.; ALBERTI, S. **Crack! A redução de danos parou, ou foi a pulsão de morte?** Psicologia USP, 2018.

BASTOS, F., KARAM, M. L; MARTINS, S. **Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Redutores de Danos; 2003.

BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M; BOARINI, M. L **Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez., p.1231-1248, 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216**, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Manual de Redução de Danos**. Saúde e Cidadania Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **III Conferencia Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não**. Caderno Informativo / Secretaria de Assistência á Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Portaria 816** de 30 de Abril de 2002. Gabinete do Ministro. Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, 2002a.

\_\_\_\_\_. **Decreto 4.345** de 26 de Agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Gabinete do Ministro. 2002b.

\_\_\_\_\_. **A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Textos básicos de Saúde. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Documento Base. Brasília: Ministério da Saúde, 2004<sup>a</sup>.

\_\_\_\_\_. **Portaria 2.197** de 14 de Outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Gabinete do Ministro. 2004b.

\_\_\_\_\_. **Resolução Nº3/GSIPR/CH/CONAD** de 27 de Outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Portaria 1.028** de julho de 2005. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas. Brasília, 2005b.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.343**, de 23 de Agosto de 2006. Regulamento Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2006.

\_\_\_\_\_. **Decreto 6.117**, de 22 de Maio de 2007. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências, 2007.

\_\_\_\_\_. **Portaria 1.190** de 4 de Junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Gabinete do ministro. Brasília: 2009.

\_\_\_\_\_. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP/Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso. Brasília: SENAD, 2009.

\_\_\_\_\_. **Decreto 7.179** de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. **Portaria 2.488**, 21 de Outubro de 2011. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011a.

\_\_\_\_\_. **Portaria 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, 2011b.

\_\_\_\_\_. **Portaria 121** de 25 de Janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Gabinete do Ministro. Brasília: 2012a.

\_\_\_\_\_. **Portaria 130** de 26 de Janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Gabinete do Ministro. Brasília: 2012b.

\_\_\_\_\_. **Portaria 131** de 26 de Janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Gabinete do Ministro. Brasília: 2012c.

\_\_\_\_\_. **Resolução 01**. Texto aprovado pelo CONAD na reunião dos dias 05 e 06 de Maio de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, 2015.

\_\_\_\_\_. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: Guia AD / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria 834** de 26 de Abril de 2016. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. **Resolução 32**, 14 de Dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Ministério da Saúde, 2017a.

\_\_\_\_\_. **Portaria 3.588**, de 21 de Dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde, 2017b.

\_\_\_\_\_. **Resolução 01** de 9 de Março de 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD – Política Nacional de Drogas, aprovada pelo decreto 4345/2002. CONAD. Ministério da Justiça. Brasília, 2018a.

\_\_\_\_\_. **Portaria 3.449**, de 25 de Outubro de 2018. Institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde, 2018b.

\_\_\_\_\_. **Portaria 41**, 01 DE NOVEMBRO 2018. Tornar público o resultado final das análises para a habilitação e pré-qualificação (Fase 1) do Edital de Credenciamento nº 01/2018 - SENAD. Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2018c.

\_\_\_\_\_. **Medida provisória nº 870**, 1 de Janeiro de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2019a.

\_\_\_\_\_. **Nota técnica 11**, 4 de Fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Documento assinado eletronicamente por Quirino Cordeiro Junior, Coordenador(a)-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – CGMAD, 2019b.

\_\_\_\_\_. **Decreto 9.761**, 11 de Abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2019c.

BRITES, M. C. **Ética e uso de drogas** – uma contribuição da ontologia para o campo da saúde pública e da redução de danos. Doutorado (Tese em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC – SP). São Paulo, 2006.

BRITO, R. D. de. **A crítica de Marx ao conceito de cidadania**. Revista da Faculdade de Direito da UFRGS, Porto Alegre, n. 39, vol. esp., p. 129-140, dez. 2018.

BEIRAL, T.C; GOMES, M. P. C; **Violência como disparador do cuidado: Novas possibilidades?**, Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2016.

BEZERRA, B, A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. Saúde Loucura, São Paulo: Hucitec, p. 137-142, 1996.

BUCHER, R., OLIVEIRA, S.R.M. **O discurso do "combate às drogas " e suas ideologias**. Rev. Saúde Pública, vol. 28, p.137-145, 1994.

CALASSA, G. D. B; PENSO, M. A; FREITAS, L. G. de. **Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal**. Psicol. pesq., Juiz de Fora , v. 9, n. 2, p. 177-187, dez. 2015.

CARNEIRO, H. S. **As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX**. Outubro, São Paulo, v. 6, p. 115-128, 2002.

CARVALHO, S. R. **Reflexões sobre o tema da cidadania e a produção de subjetividade no SUS.** O caso da saúde. In: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E.; FERIGATO, S. (Ed.). *Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 23-41.

CECCIM, R.B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface (Botucatu)* [online]. vol.13, suppl.1, pp.531-542, 2009.

CFESS, **Código de ética profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.

CÉZAR, M. A; OLIVEIRA, M. A. **Redução de danos:** uma experiência na atenção básica. *Mental* - v. 11 - n. 21 - Barbacena-MG, 2017.

CHAUÍ, M. **O que é democracia?** In: CORPOS QUE SOFREM: como lidar com os efeitos psicossociais da violência?. Editora elefante, 2019.

CORTINA, A. **Ciudadanos del mundo:** hacia una teoría de la ciudadanía. Madrid: Alianza Editorial, 1997.

COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. V; PAIVA, F.S. de; RONZANI, T. M. **Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas:** uma revisão narrativa da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)*, v. 20, p. 395-406, 2015.

COUTINHO, C. N. **Notas sobre cidadania e modernidade.** Praia Vermelha, Universidade Federal do Rio de Janeiro, v. 1, n.1, 1o sem. de 1997. p. 145-65.

COVRE, Maria de Lourdes Manzini. **O que é Cidadania.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

DELBON, F.; DA ROS, V.; FERREIRA, E. M. A. **Avaliação da disponibilização de kits de redução de danos.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 37-48, 2006.

DIAS, V., COSTA, S., PORTO, D., TAROUÇO, B. Y ILHA, S. **Consumo de drogas entre pessoas idosas e a redução de danos:** reflexão a partir da complexidade, *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 20, núm. 3, UFRJ, 2016.

ELIAS, C., SILVA, L., MARTINS, M., RAMOS, N., SOUZA, M., e HIPÓLITO, R. **Quando chega o fim?.** Uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. *SMAD: Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, v. 8, n. 1, p. 48-53, 2012.

FERNANDES, L e RIBEIRO, C. **Redução de riscos, estilos de vida junkie e controle social.** *Sociologia, Problemas e Práticas* [online], n.39, pp.57-68, 2002.

FERREIRA NETO, J. L; KIND, LUCIANA; PEREIRA, A. B; REZENDE, M. C. C; FERNANDES, M. L. **Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva.** *Cad. Saúde Pública* [online], vol.27, n.5, pp. 831-842, 2011.

FONSÊCA, C. J. B. **Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética.** *Psicologia & Saberes*; 1(1):11-36, 2012.

GARCIA, Célio. **Senha para novos saberes psi: "aprendizes da clínica"** in REIS FILHO, T. T. de; FRANCO, V. C (Orgs.). *Aprendizes da Clínica: novos fazeres psi*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GUERRA, A. M. C. **As oficinas em Saúde Mental** — a experiência de Belo Horizonte: o objeto como regulador ético entre subjetividade e cidadania no tratamento da psicose, dissertação em Psicologia, Belo Horizonte, UFMG, 2000.

HARI, J. *Na Fissura: Uma História do Fracasso no Combate às Drogas, companhia das letra*, 1ª ed, 2018.

HOPENHAYN, M. **A cidadania vulnerabilizada na América Latina**. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v.19, n.2, jul./dez. 2002

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**. Fortaleza, CRESS –CE, Debate n. 6, 1997.

IVES, V.; LIMA, I. M. **Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos**. *Revista De Direito Sanitário*, 13(3), 9-32, 2013.

KARAM, M.L. **De Crimes, Penas e Fantasias**. Niterói: Ed. Luam, 2ª ed, 1993.

LANCETTI, A *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, v. 3, 2006.

\_\_\_\_\_. **Desmistificação da existência de epidemia de álcool e outras drogas e medidas higienistas**. In: Conselho Federal de Psicologia. *Drogas e Cidadania: em debate*. Brasília: CFP, 2012.

\_\_\_\_\_. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo, SP: Hucitec, 2015.

LEAL, E. M. **O campo da Reforma Psiquiátrica brasileira: noções de sujeito e de mundo presentes no discurso dos agentes do cuidado**. *Cadernos do IPUB*, No. 18, Antropologia e História dos Saberes psicológicos. Rio de Janeiro, UFRJ/IPUB, 2000.

LIMA, C. B; SILVEIRA, J. I. **Direitos Humanos e Política Social: instrumentos sociojurídicos não punitivos e mecanismos democráticos**, *Revista de Filosofia Aurora*, v. 28, n. 43, p. 147-66, 2016.

LIMA, E. J. B. **O cuidado em saúde mental e a noção de sujeito: pluralidade e movimento**. In: SPINK, M.J. P., FIGUEIREDO, P., e BRASILINO, J., orgs. *Psicologia social e personalidade* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; ABRAPSO, pp. 109-134, 2011.

LIMA, R. C. C. **Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais: contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial** In: VASCONCELOS, E. M. (Org.), *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira* (pp.75-92). São Paulo: Hucitec, 2010.

\_\_\_\_\_. **O problema das drogas no Brasil:** revisão legislativa nacional. *Libertas*, Juiz de Fora, v.4, n.1, p. 102 - 123, 2010.

\_\_\_\_\_. TAVARES, P. **Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas:** enfrentamento ao crack e proibicionismo. *Argumentum*. 2013

MACHADO, A. R; MIRANDA, P. S. C. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil:** da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007.

MACHADO, E. M. **Democracia, cidadania e política social.** In: *Estado e Políticas Sociais no Brasil, 2003*, Cascavel. Seminário Nacional: Estado e Políticas Sociais no Brasil. Cascavel: EDUNIOESTE, p. 1-10. 2003.

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

MALISKA, ET AL, I.C.A; PADILHA, M.I; ANDRADE, S.R. **Redução de Danos em Florianópolis-SC:** uma política estratégica de prevenção e cuidado à saúde, 2014.

MANSUR, L.Y. **Estratégias para redução de danos sociais e à saúde de usuários de drogas injetáveis no Brasil:** Experiências e Perspectivas. *Cad. Saúde Mental*. v. 15, n. 25, p. 55-58, 2011.

MARSHALL, T. H. *Cidadania e Classe Social*, Zahar editores, 1967.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MORAES, M; MONTENEGRO, M; MEDRADO, B. e ROMANI, O. **Los retos de la reducción de daños como política pública de drogas en Brasil.** *Psicol. pesq.*, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 148-158, dez. 2015.

MORAES, M. **O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas:** percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*; 13: 121-33, 2008.

MOTA D.C. B.; RONZANI, T. M. **Implementação de políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas em nível municipal.** Dissertação de mestrado, capítulo 12. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2011.

NARDI, H. C; RIGONI, R. Q. **Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre**, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 382-392, Feb. 2009.

\_\_\_\_\_. **Marginalidade ou cidadania?** A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 10, n. 2, ago. 2005 .

NICÁCIO, M. F. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas; 2002.

NIEL, M.; DA SILVEIRA, D. X. **Drogas e Redução de Danos**: uma cartilha para profissionais de saúde/ Marcelo Niel & Dartiu Xavier da Silveira (orgs) – São Paulo, xi, 149f, 2008.

NORONHA, D. P.; FERREIRA, S. M. S. P. **Revisões de literatura**. In: CAMPELLO, B. S.V. C.; CENDÓN, B. V.; KREMER, J. M. (Org.). Fontes de informação para pesquisadores e profissionais. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

PASSOS, E. H; SOUZA, T. P. **Redução de danos e saúde pública**: construções alternativas à política global de “guerra às drogas” *Psicologia & Sociedade*, vol. 23, núm. 1, pp. 154-162, Associação Brasileira de Psicologia Social, Minas, 2011.

PERRONE, P. A. K. **A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil**: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciênc. saúde coletiva*, vol.19, n.2, 2014.

PETUCO, Dênis. **A produção social do usuário de crack**: desconstruindo o monstro, in *Drogas e Cidadania: em debate*, P. 19-28, Conselho Federal de Psicologia. CFP, 1ª Edição, Brasília-DF, 2012.

PINTO, D. M; JORGE, M. S. B; PINTO, A. G. A; VASCONCELOS, M. G. F; CAVALCANTE, C. M; FLORES, A. Z. T; ANDRADE, A. S. **Projeto Terapêutico Singular na Produção do Cuidado Integral**: Uma Construção Coletiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, p. 493-502, 2011.

PITTA, A. (org); *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, p. 19-26, 1996.

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

PRADO, M. F do; SÁ, M. de C.; MIRANDA, L. **O paciente com transtorno mental grave no hospital geral**: uma revisão bibliográfica. *Saúde debate*, vol.39, no. spe, p.320-337, dez. 2015.

QUEIROZ, I. O. de., **Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília , v. 21, n. 4, p. 2-15, 2001.

RELATÓRIO DA INSPEÇÃO NACIONAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS - 2017 / **Conselho Federal de Psicologia**; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018.

**RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE DROGAS** – UNODC – 2017, Organização das Nações Unidas (ONU), 2018.

RIBEIRO M. **Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool.** Rev Bras Psiquiatr 2004.

ROCHA, A. P. **Relações de trabalho no narcotráfico:** exploração, riscos e criminalização. Argumentum, v. 7, n. 1, p. 55-68, 2015.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANE, J. F. **Pesquisa documental:** pistas teóricas e metodológicas. Rev. Bras. Hist. Cienc. Soc., v.1, n.1, p.1-15, 2009.

SANTO, W. E. **Questões de cidadania no campo da saúde mental:** Reforma Psiquiátrica e II Fórum Internacional LAPS/ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- ENSP/ Fiocruz; Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, no1, jan-abr. 2009.

SANTOS, J. E. e COSTA, A. C. O. **Percepção dos usuários de substâncias psicoativas sobre a redução de danos.** SMAD, rev. Eletronica Saúde mental alcool drogas, 2016.

SANTOS, V. B, MIRANDA, M. **Projetos/Programas De Redução De Danos No Brasil** - uma revisão de literatura; Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, Salvador. 5(1): 106-118, 2016.

SANTOS, V. E; SOARES, C. B; CAMPOS, C. M. S. **Redução de danos:** análise das concepções que orientam as práticas no Brasil, Physis, Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_. **A produção científica internacional sobre redução de danos:** uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto , v. 8, n. 1, p. 41-47, 2012.

SARACENO, B.; **Reabilitação Psicossocial:** uma estratégia para a passagem do milênio In: PITTA, A. (org); Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. *Reabilitação Psicossocial:* uma prática à espera de uma teoria In: PITTA, A. (org); Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. **Libertando identidades** – Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro. Te corá, 1999.

SILVA, A. M. da; SÁ, M. de C. e MIRANDA, L. **Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde:** uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. Saude soc. [online]. 2013, vol.22, n.3, pp.840-852.

SILVA, M. B. B. *Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira:* sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. [online], vol.8, n.2, 2005.

SILVA, S., FROTA, F. H., SILVA, M. A. **Análise do Funcionamento de Comunidades Terapêuticas na Perspectiva da Política Nacional Sobre Drogas.** Conhecer: Debate entre o Público e o Privado, 2017.

SILVEIRA, R. W. M. **Redução de danos e acompanhamento terapêutico: aproximações possíveis.** NUFEN, 8(1), 110-128, 2016.

SOARES, M. B.; MACIEL, F. P. **Alfabetização - Brasil.** Brasília: MEC; Inep; Comped, Estado do Conhecimento, n. 1, 2000.

SILVA, V. R. **O Significado da Cidadania em Serviço Social.** Sociedade em Debate (UCPel), Pelotas, v. 5, n.14, p. 59-80, 1999.

SILVA, F. F. L. **Afirmar a clínica com pessoas que usam drogas desde um lugar de resistência,** p.119-132, 2014 in RAMMINGER, Tatiana; SILVA, Martinho orgs. Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Editora Rede Unida, 1ª edição, Porto Alegre, 2014.

SOUZA, D. R., OLIVEIRA, M. A. F., SOARES, R. H., DOMANICO, A., e PINHO, P. H. **Resistências dos profissionais da atenção psicossocial em álcool\drogas à abordagem de redução de danos.** Journal of Nursing and Health, 7, 16-24, 2017.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; VILLAR LUIS, M. A.; OLIVEIRA, N. F. **Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana.** Texto contexto – enfermagem; Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 729-738, Dec. 2012.

SOUZA, K. M; MONTEIRO S. **A abordagem de redução de danos em espaços educativos não formais: um estudo qualitativo no estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Interface (Botucatu) 2011.

SOUZA, T. de P.; **Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense; 2007.

\_\_\_\_\_. **Norma da abstinência e o dispositivo “drogas”:** direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas; 2013.

\_\_\_\_\_. **CARVALHO, S. R. Apoio territorial e equipe multirreferencial:** cartografias do encontro entre o apoio institucional e a redução de danos nas ruas e redes de Campinas, SP, Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação; vol.18 supl.1, Botucatu, 2014.

TEDESCO, S. H.; SOUZA, T. P. **Territórios da clínica: Redução de Danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas.** In: Carvalho, S.R.; Ferigato S.; Barros e Barros, E. (Org.). Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade. São Paulo: HUCITEC, v. 198, p. 141-157, 2009.

TEIXEIRA, M. B; ENGSTROM, E.M; RIBEIRO, J. M. **Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual.** Saúde debate, vol.41, n.112, pp.311-330, 2017.

TEIXEIRA, M. B; LACERDA, A.; RIBEIRO, J. M. **Potencialidades e desafios de uma política pública intersetorial em drogas: o Programa - De Braços Abertos- de São Paulo, Brasil.** PHYSIS. REVISTA DE SAÚDE COLETIVA (ONLINE), v. 28, p. 1-25, 2018.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9, p. 25-59, 2002.

TONET, I. **Educar para a cidadania ou para a liberdade?**; Perspectiva, Florianópolis, v. 23, n. 02, p. 469-484, 2005.

TYKANORI, R. **Em busca da cidadania: Desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico.** In: BRAGA CAMPOS, F. C.; HENRIQUES, C. M. P. (Orgs.). *Contra a maré à beira-mar: A experiência do SUS em Santos.* São Paulo: Scritta, p. 39-49, 1996.

UNIVERSITAS. **A produção científica sobre educação superior no Brasil: 1968 – 2000.** Porto Alegre: GT Política de Educação Superior; ANPEd, 2002.

VALÉRIO, A. L. R e NASCIMETO, W. F. do. **Drogas, direitos humanos e bioética: dupla vulnerabilidade do usuário de drogas em situação de rua.** Revista latino-americana de bioética, 2017.

VARGAS, B. **Eliminação versus redução.** In *Drogas e Cidadania: em debate.* Brasília: CFP, 2012.

VASCONCELOS, E. M. **Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira.** Ciênc. saúde coletiva [online], vol.18, n.10, p.2825-2835, 2013.

\_\_\_\_\_. **Cenário econômico, social e psicossocial no Brasil recente, e a crescente difusão do crack: balanço e perspectivas de ação.** O Social em questão. Rio de Janeiro, Ano XV. n. 28, p. 149-186, 2012.

VASCONCELOS, M. F. F; MACHADO, D. O; PROTAZIO, M. M. **Considerações sobre o cuidado em álcool e outras drogas: uma clínica da desaprendizagem.** Interface (Botucatu) [online], vol.19, n.52, p.45-56, 2015.

**APÊNDICE A: Quadro Ilustrativo 1** – Documentos oficiais sobre política de drogas e cuidado aos usuários de álcool e outras drogas (2002-2019)

<b>TIPOLOGIA</b>	<b>NÚMERO/ANO</b>	<b>GOVERNO</b>	<b>QUEM APROVA</b>	<b>A QUE SE DESTINA</b>	<b>REPETIÇÃO DO TERMO REDUÇÃO DE DANOS E CIDADANIA</b>
<b>Portaria</b>	816/2002	FHC	MS	Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas	Redução de danos (1); reabilitação social (1); reinserção social (1).
<b>Decreto</b>	4.345/2002	FHC	Casa Civil	Política Nacional Antidrogas	Cidadania (1); cidadãos (8); cidadãos do bem (1); direitos humanos (1); reinserção social (12)
<b>Textos básicos de Saúde</b>	2003	Lula	MS	A política nacional do ministério da saúde para atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas	Cidadania (2); redução de danos (36); direitos humanos (1); proteção social (1); participação social (1), reinserção social (6); reabilitação social (4);
<b>Portaria</b>	2.197/2004	Lula	MS (Humberto Costa)	Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas	Redução de danos (2)
<b>Resolução</b>	Nº3/GSIPR/CH/CONAD/2005	Lula	CONAD	Política nacional sobre drogas	Redução de danos (30); Direitos humanos (2); reinserção social (19);
<b>Portaria</b>	1.028/2005	Lula	MS	Determina e regula que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou	Redução de danos (11); Direitos Humanos (1);

				drogas que causem dependência	
<b>Lei</b>	11.343/2006	Lula	Congresso Nacional	Criou o SISNAD (Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas)- lei de drogas	Cidadania (1), participação social (2); autonomia (2); reinserção social (18)
<b>Decreto</b>	6.117/2007	Lula	Casa Civil Subchefia para assuntos jurídicos	Política Nacional sobre o Álcool	Reinserção social (2); democracia (1); redução de danos (5).
<b>Portaria</b>	1.190/2009	Lula	MS	PEAD 2009-2010	Cidadania (1); redução de danos (3); direitos humanos (7); proteção social (2); participação social (2); inclusão social (5); integração social (2);
<b>Decreto</b>	7.179/2010	Lula	Câmara dos Deputados	Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas	Cidadania (1); direitos humanos (1); participação social (1); reinserção social (12)
<b>Relatório Final de Conferência</b>	IV CNSM/2011	Dilma	MS	Saúde Mental e Intersetorialidade	Cidadania (45); redução de danos (42); direitos humanos (95); emancipação (1); participação social (7); inclusão social (18); integração social (1); autonomia (18); reinserção social (4); dignidade (3).
<b>Portaria</b>	2.488/2011	Dilma	MS	Aprova a PNAB	Redução de danos (1); cidadania (1); participação social (2); autonomia (7);

<b>Portaria</b>	3.088/2011	Dilma	MS	Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Cidadania (2); redução de danos (6); direitos humanos (1); inclusão social (5); autonomia (5);
<b>Portaria</b>	130/2012	Dilma	MS	Redefine o CAPS AD III e os incentivos financeiros	Redução de Danos (1); reabilitação psicossocial (2); autonomia (1);
<b>Portaria</b>	131/2012	Dilma	MS	Apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as CT's voltados aos usuários de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da RAPS	Autonomia (1); reinserção social (1); direitos humanos (1).
<b>Portaria</b>	121/2012	Dilma	MS	Institui a UA para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas no componente de atenção residencial de caráter transitório da RAPS.	Redução de danos (1); direitos humanos (1); reinserção social (3).
<b>Resolução</b>	01/2015	Dilma	Presidência da República - CONAD	Regulamenta, no âmbito do SISNAD as CT's que realizam o acolhimento de usuários de drogas em caráter voluntário	Proteção social (3); reinserção social (10);
<b>Portaria</b>	834/2016	Temer	MS	Redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades	Redução de danos (6); cidadania (1); inclusão social (5); autonomia

				beneficentes de assistência social na área de saúde.	(3); direitos humanos (3); reinserção social (3).
<b>Resolução</b>	32/2017	Temer	MS - CIT	Diretrizes para o fortalecimento da RAPS	nenhuma
<b>Portaria</b>	3.588/2017	Temer	MS	Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências	Cidadania (2); autonomia (2); reinserção social (1);
<b>Resolução</b>	1/2018	Temer	Ministério da Justiça- CONAD	realinhamento e fortalecimento da PNAD	Reinserção social (2), redução de riscos e danos (1);
<b>Portaria</b>	3.449/2018	Temer	MS	Institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com CT's.	Reinserção social (1)
<b>Portaria</b>	41/2018	Temer	Ministério da Justiça - SENAD	Resultado Final das análises para a habilitação e pré-qualificação (Fase 1) do Edital de Credenciamento nº 01/2018 da SENAD	Nenhuma
<b>Medida Provisória</b>	870/2019	Bolsonaro		Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios	Cidadania (17)

<b>Nota Técnica</b>	11/2019	Bolsonaro	CGMAD/DAPE S/SAS/MS	Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas	Cidadania (4), direitos humanos (1); participação social (1); reinserção social (2).
<b>Decreto</b>	9.761/2019	Bolsonaro		Aprova a Política Nacional sobre Drogas	Cidadania (1); reinserção social (25).

**APÊNDICE B: Quadro Ilustrativo 4** – Artigos que compõem a revisão da literatura sobre redução de danos e cidadania

Título	Autores	Ano de publicação	Local e período do estudo	Local da Publicação	Método	Concepção de Redução de danos	Orientação teórica de cidadania	Normativa utilizada
<b>Potencialidades e desafios de uma política pública intersetorial em drogas: o Programa “De Braços Abertos” de São Paulo, Brasil</b>	TEIXEIRA, M. B; LACERDA, A; RIBEIRO, J. M.	2018	Programa Braços Abertos, São Paulo (SP); 2016.	Physis Revista de Saúde Coletiva	Pesquisa qualitativa, apresenta a sistematização das principais fortalezas, fragilidades, desafios e sustentabilidade do DBA.	Modelo de atenção; política pública; lógica de cuidado.	reinserção social, emancipação e autonomia.	Portarias municipais de São Paulo.
<b>Crack! A redução de danos parou, ou foi a pulsão de morte?</b>	BASTOS, A. D. DE A., e ALBERTI, S.	2018	Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ.	Psicologia USP	Reflexões teóricas sobre a contribuição da psicanálise no campo das drogas.	Política de redução de danos; abordagem.	Sujeito de direitos, cidadão.	CF (1988); Lei 10.2016 (2001); Decreto 4.345 (2002); a política do Ministério da Saúde (2003); Lei 11.343 (2006). Decreto 7.637 (2011); Portaria 3.088 (2011).
<b>Resistências dos profissionais da atenção psicossocial em álcool e drogas à abordagem de redução de danos</b>	SOUZA, D. R., OLIVEIRA, M. A. F., SOARES, R. H., DOMANICO, A., & PINHO, P. H	2017	CAPS AD II Santana, SP, 2012.	Journal of Nursing and Health	Estudo qualitativo e exploratório, hermenêutico-dialético como técnica analítica.	Abordagem terapêutica; política de drogas democrática; programa; paradigma.	Programa de RD como exercício de cidadania (QUEIROZ, 2001).	Política do Ministério da Saúde (2003); Portaria nº 1.059 (2005).
<b>Tensões paradigmáticas nas políticas públicas</b>	TEIXEIRA, M. B; RAMÔA, M. L; ENGSTRO	2017	Escola Nacional de Saúde Pública	Ciência & Saúde Coletiva	Pesquisa documental; analisa os modelos que in-	Modelo, estratégia, paradigma ético, clínico e	Cuidado integral, direitos humanos.	22 documentos oficiais.

sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016;	M, E; RIBEIRO, J. M.		(RJ).		fluenciaram as Políticas Públicas sobre Drogas no Executivo Federal brasileiro.	político.		
Redução de Danos na Atenção Psicossocial: concepções e vivências de profissionais em um CAPS ad	ARAÚJO, A. C. C; PIRES, R.R	2017	CAPS AD Iguatu (Ceará) 2014-2015.	Tempus Actas de Saúde Coletiva	Pesquisa qualitativa a partir do referencial da análise de conteúdo. Busca compreender a percepção de RD profissionais de um CAPS ad.	Política de saúde pública; diretriz da atenção psicossocial; estratégia; princípio; ética do cuidado (Petuco).	Liberdade de escolha; protagonismo do sujeito; “ampliação de vida” (Lancetti).	A política do Ministério da Saúde (2003); Portaria 2.197 (2004); Lei 11.343 (2006).
Redução de danos: uma experiência na atenção básica	CÉZAR, M. A; OLIVEIRA, M. A.	2017	MG	Revista Mental	Descrição de caso; problematizar a atenção oferecida ao usuário de álcool e outras drogas a partir da perspectiva da RD.	Estratégia; lógica; política de saúde.	Protagonismo; emancipação; promoção dos direitos e cidadania.	Lei 10.216 (2001); A política do Ministério da Saúde (2003); Portaria 3.088 (2011); Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas (2015).
Drogas, direitos humanos e bioética: dupla vulnerabilidade do usuário de drogas em situação de	VALÉRIO, A. I. R e NASCIMENTO, W. F. do	2017	Universidade de Brasília, DF.	Revista Latinoamericana de Bioética	Abordagem bioética de intervenção sobre a dupla vulnerabilidade (uso de drogas e situação de rua) em sua dimensão social e aspectos	Tratamento de baixa exigência;	Inclusão; autonomia; defesa dos direitos.	Levantamento nacional de informações penitenciárias (INFOPEN, 2014); Mapa do encarceramento

rua					dos direitos humanos.			(2015).
<b>Consumo de drogas entre pessoas idosas e a redução de danos: reflexão a partir da complexidade</b>	DIAS, V., COSTA, S., PORTO, D., TAROUCO, B. e ILHA, S.	2016	Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS.	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Estudo teórico filosófico a partir da ótica da complexidade de Edgar Morin.	Estratégia de saúde pública	Defesa e valorização da cidadania;	Política de atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas (2004);
<b>Percepção dos usuários de substâncias psicoativas sobre a redução de danos</b>	SANTOS, J. E., e COSTA, A. C. O.	2016	Programa de Redução de Danos De Brasília, DF. 2013.	Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas	Estudo qualitativo tendo como eixo teórico metodológico o construcionismo social para compreender a RD a partir do olhar do usuário.	Abordagem ; ações.	Inclusão social; diminuição entre “mundos”; acesso a cuidado.	-
<b>Redução de danos e acompanhamento terapêutico : aproximações possíveis</b>	SILVEIRA, R. W. M	2016	CAPS AD Uberlândia, MG. 2010.	Revista do NUFEN (Núcleo de pesquisas fenomenológicas)	Relato de experiência de redutores de danos e sua capacitação em uma Escola de Redução de Danos implantada pelo CAPSad.	Política pública; conjunto de práticas e princípios.	Defesa e respeito aos direitos e à liberdade; participação política (Petuco e Medeiros, 2010); promoção do exercício de cidadania (Nardi e Rigoni); inclusão social.	A Política do Ministério da Saúde (2003); Manual de redução de danos (2001).
<b>Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito</b>	CALASSA, G. D. B; PENSOLL, A; FREITAS, L. G. F.	2015	CAPS AD II, Distrito Federal.	Psicologia em pesquisa	Pesquisa qualitativa, sob referencial da análise de conteúdo de Bardin. Discute, na perspectiva dos	Paradigma da redução de danos; prática; ação; estratégia; política	Direitos humanos; liberdade de escolha; autonomia.	Constituição Federal (1988), a política do Ministério da Saúde (2003); plano Nacional de Educação em Direitos

<b>Federal</b>					Direitos Humanos, como os profissionais compreendem a RD e como essa prática se efetiva.			Humanos (2007), HumanizaSUS (2009).
<b>Considerações sobre o cuidado em álcool e outras drogas: uma clínica da desaprendizagem</b>	VASCONCELOS, M. F.; MACHADO, D. O.; PROTAZIO, M. M	2015	Aracaju (SE)	Interface Comunicação, Saúde, Educação	Interrogar o cuidado AD que se tem produzido, abrindo espaço para desaprendizagens e ampliações da vida e do corpo de usuários, trabalhadores, gestores e da própria clínica em AD	Norteador para a clínica no campo de álcool e outras drogas.	Cidadania por meio da abertura para novas produções de subjetividades e de sociabilidades; recuperação de uma dada cidadania.	A política do Ministério da Saúde (2003).
<b>Redução de Danos em Florianópolis-SC: uma política estratégica de prevenção e cuidado à saúde</b>	MALISKA, I.C.A.; PADILHA, M.I.; ANDRADE, S.R.	2014	Projeto de Redução de Danos em Florianópolis, 2010.	Revista Eletrônica de Enfermagem	Estudo descritivo qualitativo com perspectiva sócio-histórica, análise de conteúdo sobre como a política de Redução de Danos se desenvolveu enquanto estratégia de prevenção e cuidado do HIV/AIDS entre os usuários de drogas injetáveis em Florianópolis.	Conjunto de políticas, programas e práticas (Aborda); política de redução de danos; estratégia de múltiplas possibilidades, política, estratégica de prevenção ao HIV e outras situações de vulnerabilidade	Respeito à liberdade de escolha;	Política de Atenção Integral; Lei 10.216/01.
<b>Apoio territorial e equipe multirrefer</b>	SOUZA, T. D. P.; CARVALHO	2014	Campinas (SP)	Interface Comunicação, Saúde,	Método cartográfico, análise do apoio	conceito norteador de políticas	Preceitos democráticos; ampliação	A política do Ministério da Saúde

<p><b>encial:</b></p> <p><b>cartografia</b> <b>s do</b> <b>encontro</b> <b>entre o</b> <b>apoio</b></p> <p><b>institucion</b> <b>al e a</b> <b>redução de</b> <b>danos nas</b> <b>ruas e</b></p> <p><b>redes de</b> <b>Campinas,</b> <b>SP, Brasil</b></p>	O, S. R			Educação.	institucional e redução de danos.	de saúde	do acesso; qualificação do cuidado.	(2003); Portaria 4.279 (2010); Portaria 3.088 (2011).
<p><b>Infância e</b> <b>adolescência e</b> <b>redução de</b> <b>danos/intervenção</b></p> <p><b>precoce:</b> <b>Diretrizes</b> <b>para</b> <b>intervenção</b> <b>o</b></p>	ARAÚJO, A. T. S; SILVA, J. C; OLIVEIRA, F. M	2013	Universidade Federal Fluminense (UFF), RJ.	Psicologia argumento	Reflexão acerca de um contexto de exclusão, vulnerabilidade e desassistência em que crianças e adolescentes em envolvimento com drogas estão inseridos.	Concepção, abordagem, estratégia de abordagem, estratégia, política pública, lógica (de cuidado).	Garantia de acesso e exercício de direitos estabelecidos; participação.	Lei 5.726 (1971); Lei 6.368 (1976), CF (1988), Lei 8.069 (1990), Lei 10.409 (2002); Lei 11.343 (2006).
<p><b>Políticas</b> <b>sobre</b> <b>drogas no</b> <b>Brasil: a</b> <b>estratégia</b> <b>de</b> <b>redução de</b> <b>danos</b></p>	MACHADO, L.V; BOARINI, M.L	2013	Universidade Estadual de Maringá, PR.	Psicologia: Ciência e Profissão.	Pesquisa bibliográfica em sítios de domínio público e em bases de dados disponíveis na internet, rastrear o surgimento da estratégia de redução de danos no Brasil	Estratégia de redução de danos	Resgate da cidadania e promoção dos direitos humanos	Decreto-lei 891, (1938); Lei 6.368 (1976), Lei 10.216 (2001), Lei nº 11.343 (2006); Decreto 6117 (2007), CF (1988), decreto 7.179 (2010), portaria 1.190 (2009), Pol. Nacional antidrogas (2001), A política do MS (2003); resolução No 3/CONAD

								(2010).
<p><b>Atenção À Saúde De Usuários De Álcool E Outras Drogas No Brasil: Convergência Entre A Saúde Pública E Os Direitos Humanos</b></p>	<p>IVES, V.; LIMA, I. M.</p>	<p>2013</p>	<p>São Paulo (SP).</p>	<p>Revista De Direito Sanitário</p>	<p>Através de revisão de literatura e do acervo legislativo contemporâneo discute os desafios atuais na atenção à saúde de usuários abusivos e dependentes, a partir da perspectiva da saúde pública e dos direitos humanos.</p>	<p>Abordagem pragmática; estratégia; racionalidade da prática em álcool e outras drogas.</p>	<p>Autonomia da vontade do cidadão; promoção dos direitos de cidadania; reinserção social; dignidade como valor humano essencial (direitos humanos); direito individual de escolha (direito civil); direito à saúde (direito social); sujeito de direitos.</p>	<p>Lei 10.216 (2001); A política do Ministério da Saúde (2003); Portaria 3.088 (2011).</p>
<p><b>Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana</b></p>	<p>SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; VILLAR LUIS, M. A.; OLIVEIRA, N. F.</p>	<p>2012</p>	<p>CADEQ/CAPS AD; Alegrete (RS); 2006-2008.</p>	<p>Texto &amp; Contexto - Enfermagem</p>	<p>Pesquisa de caráter avaliativo de um CAPS Ad e equipe de redução de danos da região Sul do Brasil. Os parâmetros de análise são a Política Nacional sobre Drogas, a Política do Ministério da Saúde e preconizações da OMS.</p>	<p>Modelo de abordagem</p>	<p>Resgate da cidadania; reabilitação social; reinserção social; saúde como direito.</p>	<p>Política do Ministério da Saúde (2003); Política nacional sobre drogas (2005).</p>
<p><b>Conhecendo a redução de danos</b></p>	<p>FONSÊCA, C.J.B</p>	<p>2012</p>	<p>Universidade Católica de Pernambuco</p>	<p>Revista Psicologia &amp; Saberes</p>	<p>Abordagem inicial da história da redução de</p>	<p>Proposta, prática, conceito éticos;</p>	<p>Sujeito de direitos; democracia,</p>	<p>Política Nacional de Promoção da Saúde</p>

enquanto uma proposta ética			o, PE.		danos, dos princípios, das características e suas principais estratégias.	aposta ética no humano; postura e atitude em relação aos usuários e seus usos; política de saúde; conceito e abordagem empáticos; estratégia; prevenção.	participação social.	(2014); Lei 11.343/2006.
Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas	PASSOS, E. H; SOUZA, T. P.	2011	Minas Gerais, MG.	Psicologia e Sociedade	Análise da inclusão dos usuários de drogas em arranjos coletivos de gestão como direção clínica e política do movimento da RD.	Movimento de redução de danos; proposta de atenção à saúde; estratégia de saúde pública; estratégia alternativa de produção de saúde; novo paradigma ético, clínico e político; método de cuidado em saúde.	Democracia ; participação ; construção coletiva.	A política do Ministério da Saúde (2003); Lei 11.343 (2006).
Estratégias para redução de danos sociais e à saúde de usuários de drogas injetáveis no Brasil: Experiências e Perspectivas	MANSUR, L.Y	2011	Uberaba, MG. 2005-2010.	Caderno de Saúde Mental	Revisão sistemática das principais ideias sobre Política de RD sociais e à saúde de UDI nas bases de dados Medline e Scielo	Estratégia de saúde pública; estratégia de intervenção ; política de saúde.	Promoção à saúde e cidadania; defesa do usuário enquanto cidadão como qualquer outro.	Manual de redução de danos (2001); portaria 816/GM (2002); portaria 1028/GM (2005); declaração de Viena (2006).
A abordagem de redução de danos em espaços educativos não formais:	SOUZA, K. M; MONTEIRO S.	2011	Rio de Janeiro, RJ. 2006-2007	Interface - Comunicação, Saúde, Educação.	Abordagem qualitativa de análise da trajetória de prática educativa em saúde e contexto institucional	Abordagem ; novo paradigma.	Educação para autonomia; democracia ; liberdade de escolha.	Manual de redução de danos (2001); A contribuição dos estudos multicêntricos frente à

um estudo qualitativo no estado do Rio de Janeiro, Brasil					1. Significados produzidos no âmbito cultural, atualizados nas relações entre os sujeitos, dialogando com modelos socialmente compartilhados.			epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil (2001).
<b>Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil</b>	SANTOS, V. E; SOARES, C. B; CAMPOS, C. M. S	2010	Escola de Enfermagem da USP, SP. 1994-2006	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Pesquisa qualitativa, método de análise de conteúdo, levantamento bibliográfico, realizado em 2006 na base de dados LILACS.	Ações de redução de danos; estratégia, modelo de política para o campo da saúde mental; movimento político; prática social.	Reconhecimento de direitos sociais;	A política do Ministério da Saúde (2003); Projeto ajude-Brasil: avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis dos projetos de redução de danos (2001); Manual de redução de danos (2001).
<b>Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil</b>	NARDI, H.C; RIGONI, R. Q	2009	Porto Alegre (RS), 2004-2006.	Cadernos de Saúde Pública	Descrever a forma de funcionamento das ações e programas de RD desenvolvidas nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre	Movimento social; estratégia.	Defesa da cidadania; garantia de direitos.	Manual de redução de danos (2001)
<b>Modelos de atenção à saúde de</b>	ALVES, V.	2009	Salvador (BA)	Cadernos de saúde	Análise do discurso de políticas	Abordagem ; racionalidade	Direitos sociais e de cidadania;	Decreto 2.632 (1998);

usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas	S.			pública	públicas de drogas no Brasil a partir da década de 1970; caracterizar os modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas existentes no contexto brasileiro.	de; pragmatismo; política; lógica;	acesso a serviços de saúde e tratamento.	Decreto 3.696 (2000); Política nacional antidroga (2002); Política do Ministério da Saúde (2003); Política nacional sobre drogas (2005); Lei 11.343 (2006); Decreto 5.912 (2006).
O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais	MORAES, M.	2009	Dois CAPS AD de Recife (PE).	Ciência e Saúde Coletiva	Abordagem da produção de sentido e práticas discursivas como referencial teórico-metodológico. Localizado no campo da saúde coletiva, busca investigar a percepção de usuários, acompanhantes e profissionais, acerca do modelo de atenção à saúde de usuários de drogas.	Abordagem; política pública; lógica.	Combate a cultura do preconceito, exclusão e doença;	Política do Ministério da Saúde (2003)
Redução de danos do uso indevido de drogas no	MOREIRA, F. G.; SILVEIRA, D. X.; ANDREOLI, S. B.	2006	UNIFESP (SP) 1990-2001	Ciência e saúde coletiva	Revisão bibliográfica sistematizada; revisar os modelos	Proposta, estratégia de prevenção.		

contexto da escola promotora de saúde					de prevenção do uso indevido de drogas em ambiente escolar.			
<b>Avaliação da disponibilidade de kits de redução de danos.</b>	DELBON, F., DAROS, V., FERREIRA, E. M. A.	2006	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Organização Mundial da Saúde (Kobe), SP, 2003-2004.	Revista Saúde e Sociedade	Estudo qualitativo; método investigativo para analisar intervenções realizadas aos usuários de drogas e aos serviços públicos municipais de dirigidos a essa população.	Abordagem; modelo de prevenção; atuação democrática; instrumental abrangente em saúde pública.	Participação, engajamento, defesa de direitos dos usuários.	Portaria no. 2.197 (2004); Manual de redução de danos (2001); Relatório Final da III CNSM (2002); política do Ministério da Saúde (2004);
<b>Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas</b>	QUEIROZ, I. S.	2001	MG	Psicologia: Ciência e Profissão	Através de abordagem e leitura psicanalítica, busca reconhecer os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas.	Abordagem; conceito; estratégia científica.	Questões da responsabilidade social, cidadania e direitos humanos.	Diretrizes para projetos de redução de danos (1996); Manual de Redução de Danos (2001).