



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
CURSO DE FORMAÇÃO E BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

**LUIZA TOMÉ DO NASCIMENTO**

**Redução de Danos e Políticas de Drogas: Uma Perspectiva Histórica e Psicossocial para  
a Transformação do Cuidado às Pessoas que usam Drogas**

**CAMPINA GRANDE  
2024**

LUIZA TOMÉ DO NASCIMENTO

**Redução de Danos e Políticas de Drogas: Uma Perspectiva Histórica e Psicossocial para a Transformação do Cuidado às Pessoas que usam Drogas**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

**Orientador:** Prof. Dr. José Andrade Costa Filho

**CAMPINA GRANDE  
2024**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto em versão impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que, na reprodução, figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

N244r Nascimento, Luiza Tome do.

Redução de danos e políticas de drogas [manuscrito] : uma perspectiva histórica e psicossocial para a transformação do cuidado às pessoas que usam drogas / Luiza Tome do Nascimento. - 2024.

35 f. : il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2024.

"Orientação : Prof. Dr. Jose Andrade Costa Filho, Departamento de Psicologia - CCBS".

1. Drogas. 2. Redução de Danos. 3. Política de Drogas. 4. Práticas psiquiátricas tradicionais. I. Título

21. ed. CDD 150

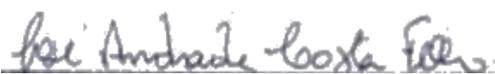
LUIZA TOMÉ DO NASCIMENTO

Redução de Danos e Políticas Públicas: Uma Perspectiva Histórica e Psicossocial para a  
Transformação do Cuidado às Pessoas que Usam Drogas

Trabalho de Conclusão de curso (Artigo)  
Apresentado ao Departamento do curso de  
Psicologia da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito parcial à obtenção  
do Título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em: 21/11/2024.

**BANCA EXAMINADORA**



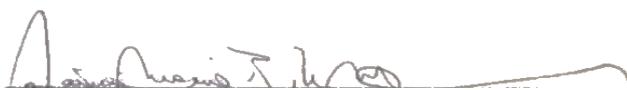
---

Prof. Dr. José Andrade Costa Filho (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Prof. Dra. Ellis Regina Ferreira dos Santos  
Instituto Federal da Paraíba (IFPB)



---

Prof. Dra. Laércia Maria Bertulino de Medeiros  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

“O sistema atropela;  
Dá tombo, pisa na goela;  
Cala nossa fala,  
Mas sua prepotência  
Não sufoca a consciência,  
A ânsia que nos abala,  
E se busca outra linguagem:  
Cada sílaba, atitude,  
FAZER, verbo que não ilude  
E dá concretude à mensagem,  
E esta, ninguém derruba,  
Não importa quem caia ou suba  
Ninguém mata a coragem.”  
Poesia: “Outras Palavras” de Carlinhos Guarnieri

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>28</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>30</b>

## **Redução de Danos e Políticas de Drogas: Uma Perspectiva Histórica e Psicossocial para a Transformação do Cuidado às Pessoas que usam Drogas**

### **Harm Reduction and Drug Policies: A Historical and Psychosocial Perspective for Transforming Care for People Who Use Drugs**

Luiza Tomé do Nascimento\*

#### **RESUMO**

Com o objetivo de entender como as políticas de drogas, influenciadas pela história da “guerra às drogas” e pelas práticas psiquiátricas tradicionais, impactam a abordagem de cuidado para pessoas que usam drogas, e como a perspectiva de redução de danos pode transformar essas práticas no contexto atual do Brasil, foi feita uma revisão da literatura utilizando como base de dados o BVS, PubMed e Scielo compreendendo o período de 2021 a 2024. A literatura revisada indica que, embora haja um movimento crescente em favor de práticas mais humanizadas, que consideram o contexto social e psicológico do indivíduo, a "guerra às drogas" ainda exerce um impacto significativo nas abordagens de cuidado. Os estudos apontam que a redução de danos, quando aplicada de forma eficaz, pode diminuir os danos sociais e psíquicos relacionados ao uso de drogas, promovendo uma abordagem mais integrada e respeitosa, que envolve o usuário de maneira ativa no processo de cuidado. Conclui-se que a implementação da redução de danos no Brasil pode representar uma mudança significativa no cuidado à saúde mental de pessoas que usam drogas. No entanto, para que essa transformação se concretize, é necessário um fortalecimento das políticas públicas que se distanciam da lógica punitiva da "guerra às drogas" e integrem abordagens mais inclusivas e respeitosas, que considerem as dimensões históricas e psicossociais do uso de substância.

**Palavras-chave:** drogas; redução de danos; política de drogas.

#### **ABSTRACT**

With the aim of understanding how drug policies, influenced by the history of the “war on drugs” and traditional psychiatric practices, impact the approach to care for people who use drugs, and how the perspective of harm reduction can transform these practices in the current context in Brazil, a literature review was carried out using the BVS, PubMed and Scielo as databases covering the period from 2021 to 2024. The reviewed literature indicates that, although there is a growing movement in favor of more humanized practices, that consider the social and psychological context of the individual, the 'war on drugs' still has a significant impact on approaches to care. Studies indicate that harm reduction, when applied effectively, can reduce social and psychological harm related to drug use, promoting a more integrated and respectful approach, which actively involves the user in the care process. It is concluded that the implementation of harm reduction in Brazil can represent a significant change in the mental health care of people who use drugs. However, for this transformation to materialize, it is necessary to strengthen public policies that distance themselves from the punitive logic of the 'war on drugs' and integrate more inclusive and respectful approaches that consider the historical and psychosocial dimensions of substance use.

**Keywords:** drugs; harm reduction; drug policy

---

\* Graduada do 10º período do curso de Bacharelado em Psicologia – UEPB  
luizatomedonascimento@gmail.com

## 1. INTRODUÇÃO

Historicamente, o uso de drogas tem sido objeto de políticas de controle e repressão, muitas vezes resultando em estigmatização, marginalização e violação dos direitos humanos das pessoas que usam drogas (Amarante & Torre, 2001). Por outro lado, a abordagem tradicional da saúde mental centrada em hospitais psiquiátricos tem sido criticada por sua tendência à institucionalização e exclusão social das pessoas com transtornos mentais (Pitta, 2011).

A chamada "guerra às drogas", instituída como política global a partir da década de 1970, intensificou os mecanismos de repressão e criminalização, especialmente em países da América Latina. Essa estratégia, liderada inicialmente pelos Estados Unidos, buscava erradicar o consumo e o tráfico de substâncias ilícitas, mas teve como consequência o aumento do encarceramento em massa, a violência associada ao narcotráfico e a violação dos direitos de populações vulneráveis, sem efetivamente reduzir o consumo de drogas (Wacquant, 2001).

Em contraste, a reforma psiquiátrica surge como um movimento de transformação desse modelo, defendendo a desinstitucionalização, a promoção da autonomia e a inclusão social das pessoas com transtornos mentais (Saraceno & Tognoni, 1995). Ela busca substituir a abordagem hospitalocêntrica por serviços de saúde mental comunitários, baseados em princípios de respeito aos direitos humanos, cuidado centrado na pessoa e integração social (Pitta, 2011).

No contexto do uso de drogas, a abordagem da redução de danos ganha destaque como uma alternativa às políticas de proibição e criminalização, priorizando a saúde e o bem-estar das pessoas que usam drogas (Marlatt, 1996). Ela reconhece que o uso de drogas é uma realidade complexa e multifacetada e busca minimizar os danos associados ao uso, oferecendo serviços como troca de seringas, distribuição de preservativos, programas de tratamento de dependência e acesso a cuidados de saúde (Fiore, Kerr-Correa, & Brasil, 2008).

O presente estudo tem como foco principal analisar como as políticas de drogas, influenciadas pela história da "guerra às drogas" e pelas práticas psiquiátricas tradicionais, impactam a abordagem de cuidado para pessoas que usam drogas, e como a perspectiva de redução de danos pode transformar essas práticas no contexto atual do Brasil. O interesse pela temática tem origem em vivências pessoais e no contato direto tanto com pessoas que fazem uso de substâncias quanto com profissionais da área. Essas interações proporcionaram uma compreensão mais próxima e concreta das complexidades que envolvem o tema, revelando

nuances frequentemente negligenciadas no debate público. Observou-se que o uso de substâncias, quando realizado de forma consciente, nem sempre se traduz em um problema, desafiando narrativas preconcebidas. No entanto, também foi possível identificar que o preconceito, mesmo velado, ainda persiste – até entre profissionais altamente qualificados e respeitados. Essas experiências motivaram a busca por um aprofundamento no estudo das perspectivas históricas, sociais e psicossociais que envolvem o cuidado às pessoas que usam drogas, com o objetivo de promover um olhar mais humano, informado e transformador sobre essa realidade.

A relevância desse estudo está na necessidade de buscar estratégias que transcendem os modelos tradicionais de abordagem, muitas vezes baseados em punição, estigmatização ou tratamento desumanizado. A proposta de um olhar mais humanizado e inclusivo visa não apenas compreender a complexidade do uso de drogas, mas também reconhecer os contextos históricos, sociais e individuais que envolvem essas práticas. Assim, ao analisar abordagens mais eficazes, como a redução de danos e as políticas públicas que priorizam o cuidado e a inclusão, o trabalho se insere em um esforço mais amplo para construir soluções que respeitem a diversidade das experiências humanas e contribuam para a promoção da saúde integral e da justiça social.

De forma mais específica, buscou-se, através desse trabalho, realizar um breve recorte histórico, traçando o desenvolvimento histórico do uso de substâncias psicoativas, desde a pré-história até os dias atuais, identificando as principais mudanças e continuidades nesse uso ao longo do tempo. Explorar a influência da "guerra às drogas" dos Estados Unidos nas políticas de controle e regulamentação de drogas no Brasil, destacando os impactos e adaptações dessas políticas no contexto brasileiro. Investigar o contexto histórico do uso de drogas no Brasil e as políticas públicas aplicadas ao longo do tempo, evidenciando como essas políticas foram moldadas por influências externas e internas. Apresentar a reforma psiquiátrica e a proposta de redução de danos como abordagens alternativas ao tratamento e à prevenção do uso problemático de drogas no Brasil e, por fim, realizar uma análise bibliográfica dos artigos mais recentes que relacionam a redução de danos com o uso de drogas, identificando tendências, desafios e recomendações presentes na literatura acadêmica, destacando a necessidade de estratégias inclusivas e humanizadas para o tratamento de pessoas que usam drogas.

A metodologia utilizada compreendeu uma pesquisa básica, de abordagem qualitativa e de caráter explicativo, a partir de uma revisão bibliográfica, apresentando uma visão geral

sobre como a reforma psiquiátrica, através da redução de danos, contribui para o cuidado efetivo das pessoas que usam drogas.

## **2 METODOLOGIA**

Esta pesquisa é de natureza básica, pois visa ampliar o entendimento teórico sobre o impacto das políticas de drogas e a abordagem de redução de danos no contexto brasileiro atual. Adota uma abordagem qualitativa, com foco na análise interpretativa de textos acadêmicos e documentos relacionados às políticas de drogas, práticas psiquiátricas e a perspectiva de redução de danos. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada com base na análise de artigos científicos disponíveis nas bases de dados: Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS Regional), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed.

Os critérios de inclusão consideraram textos publicados entre 2021 e 2024, relevantes ao tema central, e disponíveis nos idiomas português ou inglês. As palavras-chave utilizadas foram "Drogas" AND "Redução de danos", aplicando operadores booleanos conforme os padrões das plataformas pesquisadas. Foram descartados os artigos repetidos e irrelevantes ao tema.

O delineamento da pesquisa é transversal, uma vez que a coleta de dados se baseou em publicações realizadas em um período específico, sem acompanhamento longitudinal. A análise abordou a guerra às drogas, as práticas psiquiátricas tradicionais e os modelos de cuidado fundamentados na redução de danos.

O estudo fundamenta-se em discussões amplamente reconhecidas na literatura científica sobre a reforma psiquiátrica e a perspectiva de redução de danos como alternativas às abordagens tradicionais de políticas de drogas. Essas temáticas são frequentemente debatidas em artigos acadêmicos e práticas profissionais, destacando a relevância de modelos baseados na inclusão social e no respeito aos direitos humanos. A análise também é sustentada por legislações brasileiras como a Lei nº 11.343/2006, que regulamenta as políticas sobre drogas, e a Lei nº 10.216/2001, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esses marcos, aliados às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), oferecem diretrizes fundamentais para compreender os desafios e as possibilidades no contexto brasileiro.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Phármakon é uma substância que é remédio e veneno ao mesmo tempo, não uma coisa ou outra, mas ambas ao mesmo tempo (Derrida, 1991). Segundo Paracelso (1530), “somente a dose faz de coisa alguma um veneno”. Qualquer droga é um veneno potencial ou um remédio potencial, o fato de ser nocivo ou benéfico em um determinado caso depende exclusivamente de: dose; objetivo de uso; pureza; condições de acesso a esse produto e modelos culturais de uso (Escohotado, 1997). “A aspirina, por exemplo, pode ser mortal para adultos a partir de três gramas, a quinina a partir de bem menos, e o cianeto de potássio a partir de um décimo de grama.” (Escohotado, 1997, 24.)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), drogas psicoativas são substâncias que, quando ingeridas ou administradas no sistema de alguém, afetam os processos mentais, por exemplo, percepção, consciência, cognição ou humor e emoções. O termo “psicoativo” foi criado para se referir às substâncias que agem no cérebro, alterando as sensações, e podem ser lícitas, a exemplo do álcool, ou ilícitas, como cocaína, crack e maconha. (Medeiros, 2013). É importante entender que o seu uso não implica necessariamente na dependência ou vício. Miranda (2015) explica que existem substâncias nos produtos domésticos que consumimos diariamente, que possuem um poder psicoativo tão forte quanto uma droga vendida ilegalmente. A exemplo de estimulantes baseados na cafeína ou na taurina, que são vendidos no supermercado, são comumente combinados com destilados alcoólicos – lembrando dos antigos tônicos alcoólicos que foram proibidos ou até os populares refrigerantes, que possuem um alto teor de açúcar, e seguem com ampla comercialização, mesmo que seu consumo seja prejudicial à saúde (Torcato, 2016).

Para Siegel (1989), existem algumas variações das substâncias que são classificadas como: estimulantes, como a cafeína e a cocaína, que aumentam a atividade do sistema nervoso central; depressoras, como o álcool e os benzodiazepínicos, que diminuem a atividade nervosa; e as alucinógenas, como o LSD, que alteram a percepção da realidade.

Segundo Guerra-Doce (2023), há indícios de consumo de drogas que remontam à pré-história e o seu uso acompanha o desenvolvimento da humanidade, com registros de substâncias psicoativas sendo usadas por diversos povos antigos para fins recreativos, medicinais e religiosos. Com o passar dos séculos, o uso das substâncias continuou a evoluir e se diversificar. Os primeiros registros encontrados datam de 6.000 a.C. O álcool, por exemplo, foi uma das primeiras substâncias a serem consumidas no Oriente Médio, com evidências de

fermentação de grãos para a produção de bebidas alcoólicas (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas [OBID], 2011).

O consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno observável ao longo de toda a história da humanidade, excluindo-se populações de zonas completamente desprovidas de vegetação. Não encontramos sociedades em diferentes épocas e lugares que não tenham relatos de uso de substâncias para fins de entorpecimento (Gomes-Medeiros et al., 2019).

O consumo humano de plantas medicinais é uma tradição de longa data. Ao combinar muitos campos de estudo diferentes (Arqueologia, Antropologia, Química, Farmacologia, Etnobotânica e Iconografia, entre outros), foi possível rastrear esse hábito até os tempos pré-históricos na Eurásia, América do Norte e América do Sul. (Guerra-doce, 2023) É fato que o uso de substâncias perpassa toda a história da humanidade. Pensando em seu uso por épocas, podemos perceber que o ser humano e o uso de drogas sempre caminharam juntos. Segundo Lopes (2017), na pré-história e antiguidade, há indícios do uso da maconha para fins psicoativos, medicinais e religiosos, na China, por volta dos 10.000 a.C. A folha da coca é utilizada na andina da América do Sul desde meados dos 8.000 a.C. No Egito, o ópio é utilizado também para fins medicinais. Foram encontradas estátuas egípcias mostrando homens fabricando cerveja datadas de 2500 a.C. (Salles, 2015).

Na Era Clássica, é registrado na Grécia antiga, por volta de 500 a.C., o uso de álcool, especialmente na forma de vinho. Em 1600 d.C., vemos os árabes fazendo uso do haxixe, derivado da maconha, para tratamento de insônia, neuralgia, enxaqueca, entre outros distúrbios (Lopes, 2017).

No século XIX, como trazem Munoz e Gonzalez (2020), começamos a ver a evolução do uso de algumas substâncias, como o desenvolvimento da morfina, que surgiu a partir do isolamento do princípio ativo do ópio. A descoberta da cocaína, por volta dos anos 1860, que passou a ser comercializada como medicamento nos EUA em 1882, era utilizada principalmente para dores nos dentes em crianças e tratamento de gota. Por volta dos anos 1886, ocorre o lançamento da Coca-Cola, inicialmente contendo folhas de coca em sua fórmula original, era vendida como remédio para dor de cabeça e estimulante, também conhecida como “bebida medicinal e intelectual”. A heroína é sintetizada na Alemanha como analgésico numa tentativa de melhorar o perfil de segurança da morfina. Em 1898, a droga passou a ser comercializada para acalmar a tosse.

Durante o século XX, observamos a progressão do uso da cocaína para propósitos terapêuticos, especialmente durante a Primeira Guerra Mundial (Courtwright, 2001). No entanto, é no mesmo século que vemos as primeiras tentativas de regular o uso de substâncias,

tanto para uso recreativo quanto medicinal, de várias drogas, como heroína e cocaína, em várias partes do mundo. Pelo Ato de Narcóticos de 1914 (Harrison Narcotics Act), Dolin (2001) conta que foi um marco significativo na política de drogas dos Estados Unidos, estabelecendo um sistema de controle específico sobre a distribuição de narcóticos, como opiáceos e cocaína. Este ato estabeleceu que todos os fabricantes, distribuidores e vendedores de narcóticos se registrassem junto ao governo e pagassem uma taxa especial. A intenção inicial era regular o uso médico dessas substâncias, restringindo sua distribuição aos profissionais de saúde registrados.

Na década de 20, é implantada nos Estados Unidos da América a “Lei Seca”, para retirar as bebidas alcoólicas de circulação. Segundo Couto (2008), essa lei foi estabelecida mediante pressão de grupos conservadores e religiosos, visando a redução da criminalidade e de acidentes de trânsito. No entanto, causou o efeito contrário, fortalecendo o crime organizado, incentivando a violência, a comercialização clandestina e o consumo de outras drogas, além de não ter reduzido o seu consumo de forma efetiva. A lei foi revogada em 1933.

O estatuto do proibicionismo separou a indústria farmacêutica, a indústria do tabaco, a indústria do álcool, entre outras, da indústria clandestina das drogas proibidas, num mecanismo que resultou na hipertrofia do lucro no ramo das substâncias interditas. No início do século, a experiência da Lei Seca, de 1920 a 1934, nos Estados Unidos, fez surgir as poderosas máfias e o imenso aparelho policial unidos na mesma exploração comum dos lucros aumentados de um comércio proibido, que fez nascer muitas fortunas norte-americanas [...] (Carneiro, p.3, 2002).

A década de 60 testemunhou uma explosão no uso recreativo de drogas, durante o período da contracultura. Segundo Thomé (2016), drogas como LSD, cannabis e psilocibina ganharam popularidade, particularmente entre jovens que procuravam expandir a consciência ou desafiar normas sociais. Durante esse período, muitos governos ao redor do mundo começaram a tomar medidas mais rigorosas contra o uso de drogas.

Na década de 70, nos EUA, foi declarada oficialmente a “Guerra às Drogas” pelo presidente Richard Nixon, marcando uma intensificação das políticas repressivas contra o uso de substâncias psicoativas. Esse movimento levou a políticas de proibição mais agressivas, com foco no combate ao tráfico de drogas e na criminalização do consumo. Segundo Alexander (2012), é possível analisar como essas políticas afetam desproporcionalmente as comunidades afro-americanas, estabelecendo um novo sistema de controle social e encarceramento em massa. Atualmente, as políticas em relação às drogas variam amplamente em todo o mundo. Em alguns países, como o Canadá e várias partes dos Estados Unidos, a cannabis foi legalizada para uso recreativo e medicinal (Cohen et al., 2019). No entanto, o uso

de drogas mais perigosas, como heroína e metanfetaminas, continua a ser um desafio global de saúde pública, com crises de opioides afetando muitas nações (Kolodny et al., 2015).

O governo norte-americano convocou para consultas seus embaixadores nos países produtores. Iniciou novos programas de pesquisa voltados para o desenvolvimento de substitutos sintéticos dos opiáceos para uso medicinal. Criou a Comissão Nacional sobre Marijuana e Abuso de Drogas e a Drug Enforcement Administration (DEA), atribuindo a esta última a responsabilidade pela aplicação, dentro e fora do país, das leis sobre a matéria. Contribuiu para a aprovação do Foreign Assistance Act, lei de grande repercussão que permitiu, a partir de então, a suspensão da assistência econômica a nações não cooperantes no esforço antidrogas (Silva, p.121 e 122, 2013).

O percurso histórico do consumo de substâncias psicoativas na Europa segue caminhos semelhantes dos outros continentes. No início do século XX, muitos países adotaram políticas restritivas, como a Convenção de Haia de 1912, que marcou o início dos esforços internacionais para regular o uso de drogas (ONU, 1912). Na segunda metade do século XX, influenciados pela “guerra às drogas” dos Estados Unidos, diversos países europeus intensificaram suas políticas repressivas, focando na criminalização dos usuários (Silva, 2019). A epidemia de HIV/AIDS nos anos 1980, em grande parte exacerbada pelo compartilhamento de seringas, evidenciou a necessidade de repensar essas políticas. Nesse contexto, a redução de danos (RD) surgiu como uma alternativa pragmática e mais eficaz (OMS, 1989).

A implementação da RD na Europa avançou um caminho gradual, baseada no reconhecimento da ineficácia das políticas repressivas e na busca por estratégias fundamentadas em evidências científicas. Programas experimentais e projetos piloto foram adotados inicialmente em algumas cidades, permitindo o monitoramento e avaliação dos resultados (Wolfenden; Pereira, 2015). Na Suíça, por exemplo, a abertura das primeiras salas de consumo supervisionadas em Zurique, em 1986, foi uma resposta direta ao aumento do uso de heroína e das mortes por overdose (Hedrich, 2004). Esses projetos trouxeram benefícios concretos, como a redução da transmissão do HIV e da mortalidade por overdose.

A integração da RD com os serviços de saúde foi um marco importante, garantindo que os usuários de drogas tivessem acesso a tratamento médico, apoio psicológico e programas sociais. Países como Portugal avançaram ainda mais, implementando, em 2001, uma descriminalização do uso de drogas, complementada por uma rede ampla de políticas de drogas, incluindo tratamentos assistidos e programas de reintegração social (Hughes; Stevens, 2010). A Holanda, pioneira nesse campo, fundamentou suas ações em estudos científicos e na colaboração com a sociedade civil, integrando iniciativas como troca de seringas e tratamento com metadona ao sistema público de saúde (Wiener, 1999).

Além disso, mudanças legislativas e campanhas educativas desempenharam um papel fundamental. A conscientização pública ajudou a desestigmatizar os usuários de drogas, enquanto o monitoramento contínuo garantiu a eficácia das políticas. Os resultados foram notáveis: na Suíça, houve uma redução significativa nas mortes por overdose e na transmissão do HIV; em Portugal, relatou-se uma diminuição no consumo problemático e um aumento na busca por tratamento; e a Holanda tornou-se referência mundial, equilibrando a repressão ao tráfico com o cuidado dos usuários (European Monitoring Center For Drugs and Drug Addiction, 2023).

No Brasil, antes da chegada dos colonizadores europeus, povos indígenas já faziam uso de diversas plantas com propriedades psicoativas, especialmente em rituais religiosos e de cura. Um exemplo significativo é o uso do tabaco pelos indígenas, que era fumado em cachimbos ou enrolado em folhas e utilizado em cerimônias. Além disso, algumas tribos usavam bebidas fermentadas e plantas alucinógenas em seus rituais espirituais (Fiore, 2012). Com a chegada dos portugueses, o álcool tornou-se uma das substâncias mais comuns. Os colonizadores introduziram o consumo de aguardente (destilados de cana-de-açúcar), que se espalhou rapidamente entre a população. Essa introdução do álcool pelos europeus teve um impacto significativo sobre as populações indígenas, alterando costumes e, em alguns casos, resultando em conflitos e dependência (Machado & Miranda, 2017).

No final do século XIX e início do século XX, o Brasil começou a se deparar com o uso de outras drogas, como o ópio e a cocaína, trazidos principalmente por imigrantes europeus e asiáticos. Até a década de 20, o Brasil ainda não possuía nenhuma regulamentação oficial sobre as drogas ilícitas. Foi a partir do desenvolvimento da industrialização que se constituiu o marco para o controle sobre drogas (Machado & Boarini, 2013). O primeiro movimento normativo de caráter nacional se deu após a adesão do Brasil à Convenção de Haia, que formulou os decretos nº 4.294, em 1921, nº 15.683, em 1922, e o nº 14.969, em 1921. (Simas, 2020).

Naquele momento, o vício, até então limitado aos “rapazes finos” dentro dos prostíbulos, passou a se espalhar nas ruas entre as classes sociais tidas como perigosas na época: pardos, negros, imigrantes e pobres. Esse movimento começou a incomodar o governo, que, em 1921, editou lei restritiva na utilização de ópio, morfina, heroína e cocaína no Brasil, passível de punição para todo tipo de utilização que não seguisse recomendações médicas. (Gorgulho, 2009, p. 11)

Na década seguinte, 1930, o país passou a adotar políticas mais rigorosas, após reconhecer a necessidade de fiscalizar o uso de entorpecentes (Simas, 2020). O governo de Getúlio Vargas proibiu o uso de substâncias como a maconha, que até então era usada em

várias regiões do país, principalmente entre a população afro-brasileira e em rituais religiosos (Lacerda, 2018). Essa regulamentação foi decretada na lei nº 891, reafirmando a condenação do ópio e da cocaína, além da maconha e da heroína, que foram incluídas na mesma classe de drogas (Machado & Boarini, 2013). Nesse mesmo documento, houve a classificação do transtorno por uso de substância como “doença de notificação compulsória”, sem possibilidade de cuidado em domicílio. Perante a lei, pessoas que usam drogas eram sujeitas à internação obrigatória ou facultativa, em hospital psiquiátrico, se assim determinado pelo juiz (Brasil, 1938). Nessas primeiras décadas do século XX, fica claro que a problemática das drogas no Brasil está muito mais relacionada às questões de segurança do que às de saúde pública, o foco geralmente é voltado para a repressão em detrimento da prevenção (Garcia, Leal & Abreu, 2008).

Para Garcia, Leal e Abreu (2008), esse decreto correspondia às aspirações do governo Getúlio Vargas para conter comportamentos desviantes, tendo como foco o trabalhador. Entrava em cena o ideal da abstinência como fator de segurança pública, ratificado posteriormente, na década de 1970, com a publicação da Lei nº 6.368/1976. Nessa mesma década, a medicina tomou força no controle das drogas e das pessoas que as usavam. Nesse momento, foram propostos serviços de tratamento como hospitais psiquiátricos, centros especializados, públicos ou filantrópicos, que objetivavam salvar, recuperar, tratar e punir (Machado & Miranda, 2007). “A medicina, portanto, passou a se oferecer como um possível destino para essa classe de excluídos por meio da psiquiatrização que previa o controle do uso de drogas em nossa sociedade” (Simas, 2020, p.43).

Ainda nos anos 70, sob influência das políticas dos Estados Unidos, o Brasil intensificou suas ações contra as drogas, inserindo a "guerra às drogas" no contexto local. Essa influência americana foi um fator determinante nas políticas de criminalização e repressão adotadas pelo Brasil, refletindo a estratégia de combate às drogas liderada pelos EUA (Goulão, 2017). A Lei de Entorpecentes de 1976 foi um marco importante, estabelecendo penas severas para tráfico e uso de drogas. O consumo de drogas passou a ser visto cada vez mais como um problema de segurança pública, com a criação de órgãos para o combate ao tráfico, como a Polícia Federal (Zaluar, 1994).

Até a década de 80, os investimentos feitos para lidar com a problemática das drogas eram voltados para a justiça e segurança pública e anulados em grande parte para a saúde pública, prevenção, tratamento e reinserção social (Cruz, Sáad, & Ferreira, 2003). Essa lacuna na saúde pública em relação à assistência às pessoas que usam drogas favoreceu a expansão das comunidades terapêuticas, modalidade de atendimento de cunho religioso e não

governamental que se estende até os dias atuais e que novamente reforçou a manutenção do cuidado com o usuário de drogas fora do setor público de saúde (Alves, 2009; Machado & Miranda, 2007). A promulgação da Constituição Federal de 1988 implementou, através do estado, direitos sociais, dentre eles a política sobre drogas, como desdobramento do princípio da dignidade da pessoa humana, da promoção da cidadania, da assistência em saúde e do amparo para usuários de drogas (Worm, 2016).

Nos anos 90, Machado & Boarini (2013) enfatizam que a estratégia de guerra às drogas, que já se mostrava insuficiente para lidar com a problemática, seguiu apresentando resultados insatisfatórios ante o aumento da variedade e consumo de drogas. Os resultados dessa estratégia foram questionados, uma vez que o consumo de drogas continuava crescendo mundialmente, sem que houvesse atendimento adequado à saúde das pessoas que não desejavam ou não conseguiam interromper o uso. Em vez disso, essas pessoas eram estigmatizadas e as políticas de tratamento externas para essa perspectiva eram negligenciadas (Machado & Boarini, 2013).

No ano de 1996, em decorrência do aumento do uso de drogas, principalmente injetáveis, e da disseminação do vírus da imunodeficiência humana (HIV), foi lançado o “Programa Nacional Antidrogas” com a proposta de cuidado através da prevenção, repressão e tratamento. (Simas, 2020). Motivados pela preocupação com a disseminação do HIV, o Confen (Conselho Federal de Entorpecentes), que até 1998 possuía responsabilidade sobre as políticas públicas na área de drogas no âmbito federal, emitiu um parecer favorável ao desenvolvimento de projetos de redução de danos (RD), dessa forma, o conselho passa a apoiar comunidades terapêuticas e projetos de RD (Simas, 2020). Machado e Miranda (2007) destacam dois elementos favoráveis às estratégias de redução de danos: a oferta de uma nova perspectiva frente às drogas, respaldada em experiências positivas vistas na Europa, e a própria constituição de 88, que confere o direito da pessoa à saúde, deixando a cargo do estado atuar a favor da população, promovendo saúde, principalmente através da prevenção do adoecimento, especialmente por parte das autoridades sanitárias do país.

Em 1998, como aponta Simas (2020), o Confen foi substituído pelo Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), que traz como característica uma divisão das responsabilidades entre o estado e a sociedade (governo, cidadãos e iniciativa privada). Dentro desse sistema, há a integração da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), que é o órgão executivo das ações sanitárias dirigidas às pessoas que usam drogas. No entanto, na saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) é o responsável pela assistência integral aos cidadãos. E o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), que coordena e supervisiona as políticas relacionadas ao uso e

combate às drogas. Com esta nova estrutura, a SENAD saiu do Ministério da Justiça e passou a ser vinculada ao Gabinete Militar da Presidência da República (GARCIA et al., 2008). Essa reformulação institucional na política brasileira foi anunciada na Sessão Especial da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU).

É importante evidenciar a ambiguidade nas posições sustentadas pela ONU: ao mesmo tempo que ela estabelece o ideal de um mundo livre de drogas, ela permite a implementação e o reconhecimento de outros modos de entendimento por meio das práticas de RD, que, de certa forma, apontam para o fracasso do ideal da guerra às drogas. (Simas, 2020, p.46).

Nos anos 2000, a legislação brasileira sobre drogas, apesar de seguir com ideal proibicionista, passa por significativas mudanças no âmbito da saúde. Em 1999, foi criada a Política Nacional Antidrogas (PNAD) e, em 2002, foram feitas atualizações. Neste documento, apresenta-se uma preocupação com o tratamento, recuperação e reinserção social, no entanto, não há propostas de como executar de forma efetiva, tampouco há articulação entre a área de segurança pública e o setor público de saúde. Há a definição de normas mínimas para a regulamentação das comunidades terapêuticas, que nessa época já recebiam financiamento público, reforçando a manutenção do serviço fora do âmbito do setor público de saúde (Machado & Miranda, 2007). Segundo Neves (2018), a PNAD de 2002 reafirmou o discurso proibicionista, colocando o uso de drogas como um perigo social, ameaça à humanidade e propondo leis para eliminar o uso de substâncias. Em contrapartida, é nesse mesmo documento que ocorre o reconhecimento da diferença entre o usuário e o traficante de drogas, admitindo que a dependência, antes de se configurar crime, deve ser considerada doença, precisando receber tratamento adequado e reinserção social (Gorgulho, 2009).

Nos anos 2000, houve uma clara movimentação para pensar no tema das drogas sob a perspectiva da saúde pública, principalmente a saúde mental (Vargas & Campos, 2019). Em outubro de 2004, foi lançada a portaria nº 2.197 (Brasil, 2004), no Ministério da Saúde, onde se estabelece o Programa de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD). Para Simas (2020), esse foi o programa que foi um marco para a inserção do SUS no campo AD (Álcool e Drogas). Neste, vemos que a política de Redução de Danos foi adotada como norteadora do cuidado, deixando de ser apenas uma estratégia e passando a ser uma lógica, uma orientação política.

No âmbito do Ministério da Saúde, em 2002, foi aprovado um conjunto de portarias que regulamentavam os diversos aspectos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo aí os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Capsad), além de destinar financiamento específico e próprio para esta rede: serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (Gorgulho, 2009, p. 12)

Em 2006, foi promulgada a Lei de Drogas (Lei nº 11.343), que eliminou a pena de prisão para usuários, focando mais em medidas educativas e de tratamento (Boiteux, 2006). Ela implementa ações articuladas para a prevenção do uso indevido de drogas e a repressão ao tráfico e à produção não autorizada (Brasil, 2006). “A lei prevê que a atenção e a reinserção do usuário de drogas na sociedade devem ser realizadas pelos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), por organizações da sociedade civil sem fins lucrativos e por instituições privadas.” (Simas, 2020, p.52) A legislação distingue entre usuários e traficantes, estabelecendo penas que variam conforme a gravidade das infrações, mas enfrenta desafios na aplicação prática, especialmente no que diz respeito à reinserção social dos dependentes químicos e à eficácia das políticas de prevenção (Silva, 2020). A falta de critérios objetivos para diferenciar o usuário do tráfico gera uma aplicação desigual e impactante, especialmente nas populações mais vulneráveis, que em sua maior parte são de pessoas negras e pobres, além de contribuir para a superlotação carcerária ao punir rigorosamente casos de tráfico. (Gomes-Medeiros et al., 2019).

Em 2010, há o aumento da visibilidade das cenas de uso de crack em grandes metrópoles, levando a investimentos pelo governo federal na atenção psicossocial e ao decreto nº 7.179, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (BRASIL, 2010), surgindo a partir disso novos dispositivos de cuidado, como equipes de consultórios de rua, as Escolas de Redutores de Danos, e a criação dos Centros de Referência Regional em universidades, com o intuito de qualificar os trabalhadores para atuação no campo (Costa et al., 2015).

Em 2011, no mesmo mês da publicação do “Plano Crack é Possível Vencer”, foi emitida a portaria GM/MS 3088/2011 que definiu uma reorganização da rede de atenção psicossocial em sete componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada (formada pelos Centros de Atenção Psicossocial), atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Em 2015, surgiu o interesse na reforma da reforma psiquiátrica, com foco nas mudanças referentes às internações psiquiátricas e à defesa do modelo da abstinência como direção do cuidado a pessoas que usam drogas, além de incluir o hospital psiquiátrico como ponto da RAPS (Santos, 2018). A ideia do modelo hospitalocêntrico-manicomial ainda é muito presente em diversos discursos, a exemplo de juízes, médicos, familiares de pessoas que usam drogas e em grande parte da sociedade. Ainda se imagina que a internação seja a forma de cuidado ideal. (Simas, 2020).

Em 2018, foi aprovado pelo CONAD, através da resolução 01/2018 (BRASIL, 2018), um redirecionamento do modelo assistencial da redução de danos para a abstinência, impondo uma diretriz de cuidado orientada pela proibição do consumo. (Santos, 2018). A partir de 2019, foi criada a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), após o desmembramento do SENAD e a responsabilidade pela prevenção e cuidado de pessoas que usam drogas ser destinada ao Ministério da Cidadania (Simas, 2020). Em 2020, aumenta-se o financiamento para instituições como as comunidades terapêuticas, reforçando o ideal da abstinência e internação, e intensifica-se a patologização do uso de drogas, além de penalizar ainda mais a figura do traficante.

Os discursos demonizantes sobre o uso de drogas circulando por diferentes espaços, sem considerar dados estatísticos ou pesquisas científicas produzidas sobre o tema, reafirmam a psiquiatrização e judicialização da loucura, agora focada na questão da droga, mais especificamente no “crack”, causando na população medo, terror e produzindo uma ideia distorcida dos efeitos das substâncias ilícitas em detrimento das drogas lícitas (Nunes et al., 2010, p.17).

Nos últimos anos, o Brasil enfrenta grandes desafios relacionados à crise de drogas, especialmente com o aumento do uso de crack e cocaína. No entanto, há também um movimento crescente de descriminalização e debate sobre a legalização de certas drogas, como a cannabis (Boiteux, 2006). Em 2024, como traz Mendonça (2024), o Brasil retomou a discussão sobre a descriminalização das drogas no âmbito das reformas das políticas públicas de drogas, com foco na legalização da cadeia produtiva da maconha. A questão se alinha a processos observados em outros países, que regularizaram o cultivo, distribuição e consumo de cannabis, e visa reduzir a criminalização de usuários e promover uma abordagem mais voltada à saúde pública. Nesse contexto, o Supremo Tribunal Federal (STF) analisa a constitucionalidade do artigo 28 da Lei 11.343/06, que criminaliza a posse de drogas para uso pessoal. Este artigo foi questionado em razão de possíveis princípios constitucionais, como o direito à privacidade e a liberdade individual. Ao ser aprovada por votação no STF, a descriminalização vem como resultado de uma interpretação evolutiva da Constituição Federal, que seria um reflexo do compromisso da Justiça em acompanhar o ritmo das mudanças sociais e científicas (Mendonça, 2024).

Nesse cenário, a reforma psiquiátrica brasileira, consolidada pela Lei nº 10.216/2001, promove a humanização do cuidado com pessoas que usam drogas, priorizando a redução de danos e o tratamento em liberdade, em contraponto à internação compulsória e ao encarceramento (BRASIL, 2001). A reforma propõe que os usuários sejam coletados em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços comunitários, onde o foco é a

reabilitação psicossocial e o respeito à autonomia do indivíduo (Torre, 2021). Essa abordagem se alinha às discussões sobre a descriminalização da posse de drogas para uso pessoal, promovendo políticas que compreendem o uso de substâncias como uma questão de saúde pública e direitos humanos, e que defendem um cuidado menos punitivo e mais inclusivo (PITTA, 2020).

A reforma psiquiátrica originou-se na Itália por volta dos anos 60 e contestou o saber médico e os tratamentos dados ao louco. Não foram apenas os loucos a sofrerem mortificações por detrás dos muros dos hospícios, o lugar também era garantido para as pessoas que usam drogas. A Reforma chegou ao Brasil de forma oficial através da aprovação da Lei Antimanicomial nº10.216 por volta dos anos 2000 (Amarante, 2007). No entanto, começou a ganhar força nos anos 1970, quando surgiram movimentos contra as práticas de exclusão e violência em hospitais psiquiátricos, apoiados por profissionais e ativistas de direitos humanos (Amarante, 2018). O manicômio e a psiquiatria tradicional contrastam totalmente este princípio, representam sequestro e marginalização (Venturini, 2008). Trata-se de um exemplo bem acabado de um certo modo de pensar e intervir sobre o fenômeno do uso de drogas, baseado em um modelo moral-punitivo; no disciplinamento e afastamento das ruas por longos períodos; no uso exagerado de medicamentos, inclusive como forma de castigo; na individualização, mesmo em ambiente coletivo; no desrespeito aos Direitos Humanos e às liberdades individuais; no silenciamento; no encarceramento (Petuco, 2010). A psiquiatria é obcecada pela ideia de encerrar a loucura, higienizar a sociedade de um continente material ou simbólico (Venturini, 2008).

Paralelamente, de maneira autônoma, a redução de danos surge por volta da década de 80, enquanto abordagem de saúde pública. É importante observar que a redução de danos não se trata apenas da troca de seringas, ou da distribuição de cachimbos e protetores labiais, mas essencialmente do trabalho de campo. O principal insumo para o trabalho com redução de danos é o diálogo com as pessoas que usam drogas, é ir a campo, por meio de busca ativa, fazer a ponte com as pessoas que ainda não tiveram acesso aos serviços de cuidado (Petuco, 2010). Através da redução de danos, a pessoa que usa drogas ganha um novo olhar, é colocada no lugar de agente ativo na prevenção, responsável por si mesmo e pelos demais, é retirado o estigma de indivíduo inconsciente e autodestrutivo (Mino, 2000).

A Educação em Redução de Danos é o trabalho do Centro de Referência para o Assessoramento e Educação em Redução de Danos – CRRD da Escola de Saúde Pública – ESP, coordenadora do processo de educação para o SUS, que faz parte da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – SES/RS, cuja função é contribuir para o processo de implementação desta política pública. (Mayer, 2010, p. 88).

A atribuição do CRRD envolve planejar, acompanhar e consolidar processos educativos e de avaliação que promovam a produção de conhecimento em saúde, com foco nos trabalhadores da área. Esse trabalho está ancorado nos princípios e diretrizes do SUS e valoriza a educação como espaço de criação e protagonismo, enxergando a saúde como qualidade de vida e o coletivo como construção social. Compreende o uso de drogas como um sintoma social e adota a Educação Permanente como um processo contínuo, apoiado na interdisciplinaridade e na intersetorialidade. A atuação do CRRD enfatiza a Saúde Coletiva, destacando a Redução de Danos como direção central, numa abordagem integrada que envolve atenção, gestão, educação e controle social (Mayer, 2010).

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram selecionados 10 artigos, publicados entre 2021 e 2024, a pesquisa foi limitada aos idiomas português e inglês. Os artigos escolhidos deveriam ser de natureza acadêmica e científica, com foco em análises teóricas e críticas das políticas de drogas, incluindo a reformulação das práticas psiquiátricas e a abordagem de redução de danos. Foram excluídos artigos repetidos, bem como aqueles que não abordavam de maneira direta o tema central da pesquisa ou que estavam fora do período determinado. Além disso, foram descartados textos que não atendiam aos requisitos de qualidade, como falta de embasamento científico ou por relevância ao tema proposto.

##### Quadro 1. Estudos selecionados para a revisão integrativa

<b>Título</b>	<b>Autor (es)</b>	<b>Ano</b>	<b>Objetivo</b>
A eficácia das intervenções baseadas na abstinência e na redução de danos na redução do uso problemático de substâncias em adultos que vivem em situação de rua em países de alta renda: uma revisão sistemática e meta-análise: uma revisão sistemática	O'Leary, C; Ralphs, R; Stevenson, J; Smith, A; Harrison, J; Zsolt, B; Armitage, H.	2024	Entender a eficácia de diferentes intervenções de uso de substâncias para adultos em situação de rua.
Efeitos das representações da mídia sobre mortes relacionadas a drogas no estigma público e no apoio à redução de danos	Sumnall, H; Atkinson, A; Montgomery, C; Maynard, O; Nicholls, J.	2023	Investigamos se a representação das características dos falecidos representados em artigos de notícias sobre DRD estava associada a diferenças em atitudes estigmatizantes e apoio à política de redução de danos.
Canabidiol como estratégia de redução de danos para pessoas que usam drogas: uma revisão rápida	A lo, L; MacCallum, C; Nanson, K; Koehn, M; Mitchell, I; Milloy, M; Walsh, Z; Fehr, F.	2023	Sintetizar as evidências disponíveis sobre o CBD como uma ferramenta potencial de redução de danos para pessoas que usam drogas, ao mesmo tempo em que fornece insights clínicos e de pesquisa

Estratégias de redução de danos em cuidados intensivos para pessoas que usam álcool e/ou drogas: uma revisão de escopo	Crowther, D; Curran, J; Somerville, M; Sinclair, D; Wozney, L; Macphee, S; Rosa, A; Boulos, L; Caudrella, A.	2023	Identificar e sintetizar evidências relacionadas à implementação de estratégias de redução de danos em ambientes de cuidados agudos.
Consultório de Rua: cuidado no território na interface entre HIV/Aids, drogas e Redução de Danos	Medeiros, P; Albuquerque, R; Almeida, R; Boulitreau, A; Santos, N; Marques, A.	2023	Apresentar a experiência da implementação dos Consultórios de Rua na cidade do Recife-PE como estratégia de prevenção ao HIV/Aids e Redução de Danos (RD) decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.
Caracterização de atores e práticas de Redução de Danos na região Sul do país	Raupp, L; Amorim, L; Pacheco, J; Lomonaco, D; Lopes, F; Schneider, D	2022	Este estudo visou caracterizar quem atua e quais ações são desenvolvidas junto às pessoas que usam drogas, sob a perspectiva da RD, em municípios da região Sul do Brasil (RS, SC e PR)
Desafios do multiprofissionalismo para a redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas	Pires, R; Santos, M.	2021	Buscou-se refletir sobre as implicações do multiprofissionalismo para a tradução da RD em ações práticas junto aos usuários dos serviços.
Centro de referência de álcool, tabaco e outras drogas: seis anos de uma intervenção	Ribeiro, M; Perrenoud, L; Frajzinger, R; Alonso, A; Palma, S; Barbosa, A.	2021	Descrever a evolução dos modelos de intervenção e tratamento do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas do Estado de São Paulo, apresentando dados de produção dos últimos 6 anos.
Cuidado à saúde mental de usuários de drogas: relato de experiência	Anjos, J; Soares, C.	2021	Relatar a experiência de um grupo de Redução de Danos com usuários em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas, na região metropolitana de Fortaleza -CE, além disso, descrever como são desenvolvidas as ações no grupo e apresentar potencialidades e fragilidades das estratégias de redução de danos no tratamento do uso abusivo de psicoativos.
A percepção dos trabalhadores de saúde mental sobre a atuação do Redutor de danos	Leal, D; Silva, V; Borges, L; Ebling, S; Santos, A.	2021	Conhecer a percepção dos trabalhadores sobre a atuação do redutor de danos em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas (CAPSad), assim colaborando com a problematização e transformação da realidade do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

Fonte: Elaborado pela autora, 2024

Todos os artigos, de maneira geral, trouxeram o conceito de redução de danos (RD) como uma abordagem voltada para a promoção da saúde e a cidadania das pessoas que fazem uso de substâncias, sem focar exclusivamente na abstinência. Como apresentado no artigo “Estratégias de redução de danos em cuidados intensivos para pessoas que usam álcool e/ou drogas: uma revisão de escopo” de Crowther et al. (2023), as estratégias da RD estão centradas na minimização dos riscos e danos associados ao consumo de álcool e outras drogas, especialmente para aqueles que, por diferentes razões, não podem ou não desejam interromper o uso. Ela vai além da simples contenção de riscos: busca a construção de um cuidado humanizado, que respeita a autonomia dos indivíduos e seus direitos humanos, ao invés de uma imposição hierárquica de abstinência ou obediência ao tratamento.

Este modelo inclui práticas que dialogam com os valores, a dignidade e as escolhas dos usuários, promovendo um espaço de acolhimento sem julgamentos (Pires et al., 2021). Ao adotar o princípio da horizontalidade nas relações de cuidado, a RD considera que o próprio usuário é parte ativa na construção de suas estratégias de saúde, atuando lado a lado com profissionais e políticas públicas. Esse formato permite a criação de vínculos e promove o acesso a serviços de saúde de baixa exigência, acessíveis e de baixo custo, ampliando o alcance da assistência.

Logo, Leal et al. (2021) detalham que entre os aspectos mais relevantes da RD estão: a não imposição da abstinência, o direito dos usuários à participação política e a realização de ações em campo, de forma descentralizada e em horários estratégicos. Assim, as estratégias são instrumentos de saúde pública destinados a reduzir os impactos adversos do consumo de substâncias por meio de vínculos de cuidado e ações de autocuidado, preservando a liberdade de escolha dos indivíduos.

É importante mencionar, que historicamente a redução de danos surgiu como resposta ao impacto das políticas proibicionistas no combate ao HIV e outras doenças entre usuários de drogas injetáveis nos anos 1980. Com a introdução de programas de troca de seringas, abriu-se um caminho para modelos de cuidado que se concentram no pragmatismo e na tolerância, e que respeitam a diversidade das práticas e experiências dos usuários. No Brasil, o avanço da RD ocorreu nos anos 1990, principalmente como resposta à propagação do HIV entre usuários de drogas injetáveis. Raupp et al. (2022) contam que o país desenvolveu estratégias que visavam não apenas a prevenção de doenças, mas também o desenvolvimento de vínculos entre profissionais e usuários em locais de uso de drogas. Durante esse período, foram criados cerca de 200 Programas de Redução de Danos (PRDs), que ofereciam uma gama de serviços: distribuição de insumos para uso seguro, aconselhamento, vacinação e encaminhamento para serviços de saúde.

Ademais, um ponto de atenção é a falta de precisão à cidade pioneira da implantação da redução de danos, enquanto Medeiros et al. (2023) vão trazer que a cidade de Salvador-BA foi pioneira ao implantar o primeiro Programa de Troca de Seringas (PTS) no Brasil, e, em Recife-PE, o PRD expandiu a abordagem, incluindo também o uso de álcool e outras drogas, uma inovação para a época. Leal et al. (2021) nos contam que a primeira experiência brasileira de RD aconteceu em Santos, em 1989, com um programa de troca de seringas que buscava tanto a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) quanto o fortalecimento de vínculos e a construção de uma rede de apoio entre profissionais e usuários marginalizados. Essa experiência pavimentou o caminho para uma abordagem mais

humanizada, pautada no respeito aos direitos dos usuários, reforçando a necessidade de cuidados que respeitem a autonomia e a dignidade das pessoas. Vale notar que, nesse período, não havia políticas públicas estruturadas para tratar problemas relacionados ao uso de álcool e drogas, que eram comumente tratados em instituições de caráter filantrópico ou manicomial, centradas exclusivamente na abstinência.

Nas últimas décadas, os programas de redução de danos no Brasil se tornaram mais abrangentes, incorporando pautas interseccionais como raça, gênero e classe social, e alinhando-se cada vez mais com os direitos humanos. Programas como o “Atitude”, em Pernambuco, e o “De Braços Abertos”, em São Paulo, exemplificam essa ampliação, abordando temas como geração de renda e moradia para usuários de drogas.

Entretanto, apesar desses avanços, como colocam Anjos & Soares (2021), o modelo de RD nunca foi hegemônico no Brasil. Desde 2003, ele disputa espaço com uma visão biomédica e moralizante, presente em comunidades terapêuticas, que se opõem à lógica de redução de danos. Nos anos 2000, os serviços benéficos aos usuários de drogas foram fortalecidos com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-AD) e a integração de uma rede de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, mudanças recentes, como a Nota Técnica nº 11/2019, ameaçam retroceder nas conquistas da Reforma Psiquiátrica ao reorientar o financiamento para instituições que priorizam a internação em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, reproduzindo práticas manicomiais.

Na retomada da intersecção, as estratégias mais utilizadas apresentadas nos artigos selecionados, encontramos a importância do redutor de danos, como traz Leal et al. (2021), colocando-o como chave profissional, que estabelece vínculo com os usuários, mapeando locais de uso e práticas de risco, e distribuindo insumos como, por exemplo, materiais de higiene para a promoção de saúde e práticas mais seguras, especialmente em cenas de uso público. Além disso, esse profissional aproxima as equipes de saúde das realidades e culturas das ruas, facilitando o acesso a serviços de saúde e apoio psicossocial, criando um canal direto de comunicação e confiança.

Logo, Crowther et al. (2023) apresentam as medidas como programas de troca de seringas, locais seguros para injeção e uso de metadona, que têm instruções indicadas na redução de mortes por overdose, redução de infecções por HIV e na queda das hospitalizações. Essas práticas, apesar de polêmicas, vêm ganhando espaço em regiões como os EUA, reforçando o reconhecimento da importância dessas intervenções como cuidados

necessários e válidos. As medidas de resultados identificadas usadas para avaliação de estratégia foram relacionadas ao uso seguro, uso gerenciado e uso em si.

Além disso, a psicoterapia de redução de danos se destaca ao compreender o uso de substância como uma estratégia possível de transtorno emocional e social, e não necessariamente uma doença. Intervenções como o programa HaRT-A, implementado em Seattle, utilizam uma combinação de entrevistas motivacionais e terapia com objetivos de RD estabelecidos pelos próprios usuários, destacando a autonomia do indivíduo. Essa abordagem respeitosa e colaborativa permite que os participantes criem suas próprias metas de redução de danos, desenvolvendo um autocuidado mais sustentável (Crowther et al.,2023).

Portanto, as estratégias internacionais de redução de danos, inovadoras em países como os EUA e alguns países da Europa, têm servido de referência para políticas brasileiras, influenciando direta ou indiretamente a criação de serviços e programas locais. Embora a implementação ainda enfrente desafios e resistência, a adoção de práticas comprovadas globalmente ajuda a moldar o desenvolvimento de abordagens mais eficazes no Brasil. Assim, ao observar e adaptar essas estratégias, o país caminha em direção a uma abordagem mais inclusiva e de base científica, controlada com os princípios de redução de danos aplicados em contextos de saúde pública ao redor do mundo.

No Brasil, como pontua Ribeiro et al. (2021), atualmente temos o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), que é um modelo de atendimento integral realizado por uma equipe multidisciplinar que visa atender usuários de substâncias que redistribuem de um tratamento abrangente. O CAPS-AD III CRATOD, que funciona 24 horas, dispõe de leitos para observação e repouso de até 14 dias. O tratamento é dividido em três etapas – intensivo, semi-intensivo e não-intensivo – conforme a gravidade e necessidade do paciente. Nesse processo, inicia-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que ajusta atividades como ocupacionais, esportivas e de desenvolvimento de cidadania ao perfil do usuário, com o objetivo final de promover a reinserção social. Desde 2007, o CAPS oferece também atendimento odontológico, auxiliando na reabilitação estética e funcional para uma reinserção social mais completa.

Ademais, temos a Enfermaria de Desintoxicação que é estruturada com leitos hospitalares destinados a internações de curta duração (15 a 30 dias). A triagem no CRATOD inclui uma avaliação de risco baseada no Protocolo de Classificação de Risco do SUS, ajustado para emergências psiquiátricas, que identifica a gravidade dos casos por etiquetas identificadas, garantindo atendimento mais rápido para emergências. Após a triagem, os pacientes têm acesso a testes rápidos para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e,

desde 2017, ao fornecimento de medicamentos antirretrovirais como Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM). Além disso, o CRATOD dispõe de uma Unidade de Observação e Repouso, onde os pacientes podem ser coletados por até 72 horas e receber avaliações sociais e psicológicas antes de serem encaminhados para outros serviços, como CAPS ou Comunidades Terapêuticas (Ribeiro et al., 2021).

Também dispomos das CTs, focadas na abstinência e voltadas para aqueles em vulnerabilidade social, promovem um ambiente de apoio entre pares, com acolhimento de até seis meses. O CAPS-AD III CRATOD, em parceria com o Programa Recomeço, realiza o rastreamento dos pacientes para os CTs, articulando o tratamento entre os CTs e o CAPS-AD. Membros de grupos de ajuda mútua, como Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), também foram retirados para o processo de recuperação e oferta de apoio adicional.

Ainda assim, outros serviços complementares incluem a Casa de Passagem, que oferece até 30 dias de acolhimento para usuários em busca de ajuda, e o Recomeço Família, que promove o envolvimento familiar em parceria com os Centros de Integração da Cidadania (CIC), oferecendo suporte jurídico e mediação de conflitos para ajudar na reorganização da vida dos usuários. Finalmente, a Moradia Monitorada do Programa Recomeço, vinculada à Unidade de Referência de Hospitais (URH), oferece vagas para usuários de crack em vulnerabilidade social que estão em fase final de recuperação. Esse serviço oferece um espaço livre de drogas com foco na abstinência e reinserção social.

Esse modelo integrado e coordenado de serviços permite um acompanhamento contínuo e uma abordagem humanizada, priorizando tanto o cuidado com a saúde física e mental dos usuários quanto sua reinserção social, promovendo uma visão mais inclusiva e abrangente sobre a recuperação, como explica Ribeiro et al. (2021). Essas estratégias demonstram que a RD vai além da saúde física, envolve a inclusão social, a autonomia e o bem-estar psicossocial dos usuários. A proposta é desafiar abordagens restritas abstencionistas e oferecer uma visão mais holística e realista, respeitando as escolhas individuais e considerando a complexidade do uso de substâncias.

No campo das pesquisas, segundo A Lo et al. (2023), podemos encontrar um interesse crescente em investigar o uso de cannabis, especialmente o canabidiol (CBD), como uma estratégia de redução de danos para pessoas que utilizam drogas. Evidências recentes sugerem que a cannabis pode desempenhar um papel importante na redução do consumo ou até na substituição de outras substâncias. Além disso, ela tem sido associada ao alívio de sintomas como náusea, ansiedade e insônia, sintomas comuns entre aqueles com transtornos por uso de

substâncias. O CBD, componente não psicoativo da cannabis, vem se destacando em estudos pré-clínicos e clínicos por suas propriedades ansiolíticas, antidepressivas, antipsicóticas e neuroprotetoras. Ele também demonstrou potencial como ferramenta para mitigar sintomas que são sugeridos para o uso problemático de outras drogas, como o desejo e a ansiedade em relação aos opioides. Essas características tornam o CBD uma opção atrativa para auxiliar na prevenção de recaídas e reduzir o risco de overdose, embora ainda seja necessário investigar se o CBD pode, sozinho, servir como tratamento principal para o uso problemático de substâncias. No entanto, é imprescindível o desenvolvimento de mais pesquisas para avaliar a eficácia do CBD como ferramenta de redução de danos, especialmente em regimes de tratamento realistas e com dosagens adequadas.

Para A Lo et al. (2023), embora, alternativas terapêuticas como o canabidiol, consistam em estudos científicos e apresentem resultados promissores para a redução de danos, a implementação dessa abordagem no Brasil esbarra em uma série de desafios. Esses obstáculos não se limitam apenas à regulamentação e acesso aos tratamentos, mas também refletem questões mais profundas, como o estigma associado ao uso de substância e a resistência ao modelo de cuidado que vai além da abstinência.

Leal et al. (2023) discutem sobre como a redução de danos no Brasil enfrenta diversos desafios, especialmente no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), onde o trabalho interprofissional e a articulação de saberes são fundamentais para a abordagem integral da saúde dos usuários de substâncias. Com raízes na Reforma Psiquiátrica, a RD propõe o deslocamento do cuidado de instituições fechadas para espaços de atendimento comunitário e um modelo psicossocial que considere o sofrimento e a subjetividade do indivíduo, visando melhorar sua qualidade de vida e não apenas reduzir ou eliminar o uso de drogas.

Um dos maiores desafios para a implementação da RD é o entendimento limitado que profissionais e sociedade têm sobre essa abordagem. Segundo Leal et al. (2023), muitos ainda veem a RD exclusivamente como uma estratégia para a abstinência ou redução do consumo, ignorando que seu foco é promover bem-estar e autonomia para que os usuários convivam de forma mais segura com suas escolhas. Em relatos apresentados, a RD considera qualquer ganho positivo no tratamento – desde a retomada do trabalho até a reintegração familiar – como uma vitória. Entretanto, essa abordagem muitas vezes esbarra em visões rígidas que associam a RD a uma imposição de abstinência, dificultando sua aplicação de maneira personalizada.

Outro obstáculo importante apresentado por Summall et al. (2023) é o estigma social e o preconceito, alimentados por representações na mídia que reforçam estereótipos negativos sobre usuários de drogas. Esse estigma impede o reconhecimento da RD como uma estratégia legítima e dificulta a aceitação de práticas que não exigem a abstinência como resultado final. Além disso, políticas públicas recentes, como o Decreto n.º 9761 de 2019, priorizam a abstinência e ameaçam reduzir o espaço para a RD, contrariando a abordagem inclusiva e individualizada promovida pelos CAPS AD.

A escassez de recursos e a falta de profissionais qualificados também prejudicam a aplicação eficaz da RD. Nos CAPS AD, onde há grande potencial para transformar o modelo de atenção em saúde mental, profissionais enfrentam dificuldades para manter planos terapêuticos personalizados e apoiar os usuários de forma contínua, especialmente quando as condições de trabalho são precárias. As normas institucionais e o tratamento muitas vezes excludente também reforçam uma lógica científica e moralizante, que contrasta com os princípios da RD de acolhimento e respeito às escolhas individuais.

Assim, os profissionais da RD precisam trabalhar constantemente para estabelecer vínculos e acolhimento empático, promovendo a adesão dos usuários às atividades propostas e criando espaços de confiança. O fortalecimento desse trabalho depende de uma melhor compreensão e aceitação social, mais suporte político e a criação de políticas e programas que atendam às necessidades dos profissionais e dos usuários de maneira inclusiva e efetiva.

O debate sobre a eficácia das intervenções baseadas na abstinência versus abordagens de redução de danos no tratamento de abuso de substâncias é complexo e multifacetado. Para O'Leary et al. (2024), as orientações baseadas na abstinência enfatizam a necessidade de evitar completamente drogas e álcool, enquanto as abordagens de redução de danos focam em minimizar os riscos associados ao uso de substâncias, permitindo que o indivíduo escolha a abstinência por opção. Historicamente, as disciplinas abstinentes têm predominado, especialmente na América do Norte, onde um maior volume de literatura empírica sobre sua eficácia é encontrado. No artigo apresentado por O'Leary et al. (2024), é visto que as intervenções baseadas na abstinência são, em média, mais eficazes do que os tratamentos usuais, principalmente em situações de vulnerabilidade, como indivíduos em situação de rua. Entretanto, é essencial diferenciar a abstinência como um requisito para acesso a serviços de tratamento de abuso de substâncias e como uma meta pessoal de recuperação.

A partir da década de 1980, houve um movimento crescente em direção à redução de danos, que prioriza a escolha e a agência do indivíduo ao fornecer moradia imediata e não contingente. Além disso, embora o objetivo principal das intervenções baseadas na

abstinência seja a interrupção do uso de substâncias, na redução de danos, a redução do uso não é necessariamente um requisito para a participação. Isso pode explicar os dados apresentados acima, já que a redução de danos apresenta outra proposta. Com isso, se faz necessário considerar a diversidade de cuidados e escolhas individuais, com a Política Nacional de Redução de Danos no Brasil representando uma alternativa válida, embora ainda não seja obrigatória na saúde pública.

## 5 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar como as políticas de drogas, influenciadas pela história da “guerra às drogas” e pelas práticas psiquiátricas tradicionais, impactam a abordagem de cuidado para pessoas que usam drogas no Brasil, e como a perspectiva de redução de danos (RD) pode transformar essas práticas no contexto atual. A partir de um recorte histórico e da análise das políticas públicas brasileiras, foi possível observar que os objetivos propostos foram amplamente alcançados.

Primeiramente, o estudo buscou traçar o desenvolvimento histórico do uso de substâncias psicoativas, desde a pré-história até os dias atuais, identificando as principais mudanças e continuidades nesse uso ao longo do tempo. Percebe-se que, desde os tempos mais remotos, o uso de substâncias psicoativas esteve relacionado a rituais espirituais e medicinais, mas também à busca por prazer. Ao longo dos séculos, as formas de utilização dessas substâncias foram moldadas pelo contexto social, cultural e político de cada período.

Além disso, o estudo explorou a influência da "guerra às drogas" dos Estados Unidos nas políticas de controle e regulamentação de drogas no Brasil. As políticas punitivas adotadas pelos EUA na década de 1970 refletiram em estratégias repressivas também no Brasil, com a criminalização do usuário de drogas e a crescente marginalização das pessoas que usavam substâncias. A análise revelou que, embora a "guerra às drogas" tenha causado danos consideráveis, ela também despertou uma conscientização sobre a necessidade de alternativas mais humanas e inclusivas para lidar com o uso de drogas, o que gerou, ao longo do tempo, um crescente debate sobre a redução de danos.

A investigação também revelou os impactos da reforma psiquiátrica (RP) no Brasil e a inserção da redução de danos como uma proposta alternativa de cuidado. O movimento de RP, que começou nos anos 1980, foi fundamental para a desinstitucionalização do tratamento de transtornos mentais e para a promoção de alternativas ao modelo hospitalocêntrico. A redução de danos, como uma abordagem que respeita as escolhas individuais e busca

minimizar os danos causados pelo uso de substâncias, emerge como uma resposta importante às falhas do modelo tradicional de abstinência. A pesquisa conclui que, apesar dos avanços, a aplicação da RD ainda enfrentou resistência e desafios, como a falta de recursos e a dificuldade de implementação em algumas regiões do Brasil.

Ademais, foi realizada uma análise bibliográfica dos artigos mais recentes sobre a redução de danos, o que permitiu observar tendências na literatura acadêmica, como o crescente reconhecimento da importância de estratégias inclusivas e humanizadas no tratamento de pessoas que usam drogas. Contudo, também foram identificados desafios, como a resistência institucional e a falta de treinamento adequado para os profissionais de saúde. Essas questões precisam ser superadas para que a RD possa ser inovadora de forma eficaz e ampliar o acesso a cuidados adequados.

Embora os objetivos do estudo tenham sido alcançados de forma satisfatória, várias áreas merecem mais atenção em pesquisas futuras. Um ponto importante seria a análise de políticas públicas mais recentes, especialmente no que diz respeito à descriminalização e legalização de substâncias, como a maconha, e como essas políticas podem interagir com a redução de danos. Além disso, seria relevante investigar a eficácia de programas de redução de danos em diferentes contextos sociais e culturais no Brasil, particularmente em regiões periféricas, onde o acesso ao cuidado é mais limitado. Por fim, estudos que explorem a relação entre o estigma social e a eficácia das políticas de redução de danos também são necessários. Os artigos encontrados indicam que o preconceito e a estigmatização continuam sendo barreiras importantes, tanto para a adesão dos usuários às políticas de saúde quanto para a acessibilidade da RD pela sociedade. Investigar como o estigma pode ser combatido e como as estratégias de conscientização podem ser inovadoras de forma mais eficaz é uma área que necessita de maior atenção.

Este estudo contribuiu para uma compreensão mais profunda sobre a evolução do uso de substâncias psicoativas no Brasil e como as políticas públicas foram moldadas por influências externas, como a “guerra às drogas”, e como essas políticas impactaram o cuidado das pessoas que usam drogas. A redução de danos surge como uma alternativa válida e necessária, que respeita as escolhas individuais e busca minimizar os danos causados pelo uso de substâncias. No entanto, os desafios institucionais, sociais e econômicos continuam a ser obstáculos para a implementação plena do RD. Assim, é necessário um compromisso contínuo com a reformulação das políticas públicas e com a educação e capacitação dos profissionais de saúde, para garantir um atendimento mais inclusivo e eficaz para os usuários de emissão no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, M. *The New Jim Crow: encarceramento em massa na era do daltonismo*. Nova York: **The New Press**, 2012.
- A LO, Lindsay et al. Canabidiol como estratégia de redução de danos para pessoas que usam drogas: uma revisão rápida. **Canadian Journal of Psychiatry**, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/07067437231183525>. Acesso em: 2 nov. 2024.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. A constituição do campo da saúde mental no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 5, p. 1063-1072, 2001.
- ANJOS, J; SOARES, C. Cuidado à saúde mental de usuários de drogas: relato de experiência. **Revista de Psicologia**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36517/revpsiufc.12.2.2021.8>. Acesso em: 3 nov. 2024.
- BOITEUX, L. A nova Lei de Drogas e as perspectivas para a política criminal brasileira. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, v. 55, p. 247-266, 2006.
- BRASIL. **Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/1937-1946/De10891.htm>. Acesso em: 14 out. 2010.
- BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 ago. 2006.
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.
- BRASIL. **Portaria GM/MS 3088/2011, de 23 de março de 2011**. Diário Oficial da União, Brasília, 23 mar. 2011. Disponível em: <http://www.in.gov.br/>. Acesso em: 25 out. 2024.
- BRASIL. **Portaria nº 2.197, de 24 de novembro de 2004**. Diário Oficial da União, Brasília, 24 nov. 2004. Disponível em : <http://www.in.gov.br/>. Acesso em: 25 out. 2024.
- CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, 2002. Disponível em: [https://www.neip.info/downloads/t\\_hen2.pdf](https://www.neip.info/downloads/t_hen2.pdf). Acesso em: 19 out. 2024.
- CENTRO EUROPEU DE MONITORAMENTO DE DROGAS E DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS (OEDT). **Relatório Europeu sobre Drogas 2023**. Luxemburgo: Serviço de Publicações da União Europeia, 2023.
- COHEN, U. et al. Legalizando a Cannabis: o impacto na juventude, sociedade e economia. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 45, n. 5, p. 531-546, 2019.
- COSTA, J. Políticas públicas sobre drogas: desafios e perspectivas. São Paulo: **Editora XYZ**, 2015.
- COURTWRIGHT, D. Forças do hábito: drogas e a construção do mundo moderno. São Paulo: **Companhia das Letras**, 2001.
- COUTO, A. Explicando a Lei Seca de Trânsito (Lei 11.705/2008). **Direitonet**, 30 ago. 2008. Disponível em: <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/4553/Explicando-a-Lei-Seca-de-Trânsito-Lei-11705-2008>. Acesso em: nov. 2024.

CROWTHER, D. et al. Estratégias de redução de danos em cuidados intensivos para pessoas que usam álcool e/ou drogas: uma revisão de escopo. **PLoS ONE**, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294804>. Acesso em: 2 nov. 2024.

CRUZ, M.; SÁAD, A.; FERREIRA, S. Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, n. 5, p. 355-362, 2003.

DERRIDA, J. A farmácia de Platão, 1991. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6614846/mod\\_label/intro/DERRIDA\\_AFarmaciaDePlatao.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6614846/mod_label/intro/DERRIDA_AFarmaciaDePlatao.pdf). Acesso em: 25 out. 2024.

DOLIN, B. Política nacional sobre drogas: Estados Unidos da América. **Divisão de Direito e Governo**, 2001. Disponível em: <https://sencanada.ca/en/content/sen/committee/371/ille/library/dolin2-e>. Acesso em: 19 out. 2024.

ESCOHOTADO, A. O livro das drogas: usos e abusos, preconceitos e desafios. São Paulo: **Dynamis**, 1997.

FIGLIARELLI, M. O uso tradicional de plantas psicoativas no contexto indígena no Brasil. **Revista Eletrônica de Ciências Humanas**, v. 1, p. 45-57, 2012.

FIGLIARELLI, M.; KERR-CORRÊA, F.; BRASIL, M. Política de saúde mental e uso de álcool e outras drogas: abordagem da redução de danos no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 1, p. 76-82, 2008.

GARCIA, M.; LEAL, F.; ABREU, C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 267-276, 2008.

GOMES-MEDEIROS, D. et al. A problemática das drogas como questão de Estado e a hegemonia do proibicionismo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, e00242618, 2019. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/csp> . Acesso em: 25 out. 2024.

GORGULHO, M. As transformações das políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas. **Psicologia: Ciência e Profissão – DIÁLOGOS**, v. 6, n. 6, p. 11-13, 2009.

GOULÃO, J. A influência dos EUA na Guerra às Drogas no Brasil: implicações e desdobramentos. **Revista de Políticas Públicas e Sociais**, v. 3, p. 52-67, 2017.

GUERRA-DOCE, E. Os humanos usam drogas desde os tempos pré-históricos. **Huffington Post**, 2 jan. 2023. Disponível em: <https://www.paraentender.com.br/pre-historia/>. Acesso em: 25 out. 2024.

HEDRICH, D. Relatório europeu sobre salas de consumo de drogas. Lisboa: **OEDT**, 2004.

HUGHES, C.; STEVENS, A. O que podemos aprender com a descriminalização portuguesa das drogas ilícitas? **Jornal Britânico de Criminologia**, v. 999–1022, 2010.

KOŁODNY, A. et al. A crise dos opioides prescritos e da heroína: uma abordagem de saúde pública para uma epidemia de dependência. **Annual Review of Public Health**, v. 36, p. 559-574, 2015.

LACERDA, L. Políticas de drogas e criminalização da população negra no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 25, p. 82-98, 2018.

LEAL, D. et al. A percepção dos trabalhadores de saúde mental sobre a atuação do redutor de danos. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1280642>. Acesso em: 5 nov. 2024.

LOPES, J. América: as drogas, políticas proibicionistas e uma nova percepção do futuro. **Revista Âmbito Jurídico**, 2017. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/america-as-drogas-politicas-proibicionistas-e-uma-nova-percepcao-do-futuro/>. Acesso em: 29 out. 2024.

MACHADO, A.; MIRANDA, P. 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**, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007.

MACHADO, L; MIRANDA, P. Álcool e colonialidade: as relações entre indígenas e colonizadores no Brasil do período colonial. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 4, p. 1227-1238, 2017.

MACHADO, L; BOARINI, M. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/xvTC3vVCqjDNYw7XsPhFkFR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2024.

MARLATT, G. Redução de danos: venha como você é. **Addictive Behaviors**, v. 21, n. 6, p. 779-788, 1996.

MAYER, C. Educação em redução de danos: práticas e desafios no Sistema Único de Saúde. Porto Alegre: **Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul**, 2010.

MEDEIROS, P et al. Consultório de Rua: cuidado no território na interface entre HIV/Aids, drogas e redução de danos. **Saúde Debate**, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313620>. Acesso em: 3 nov. 2024.

MENDONÇA, G. Interpretação constitucional evolutiva e a descriminalização da maconha no Brasil. **Revista Sociedade Científica**, v. 7, n. 1, p. 534-557, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.61411/rsc202413117>. Acesso em: 3 nov. 2024.

MINO, A. Evolución de las políticas asistenciales en drogodependencias. In: **Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencia**. Grupo Igia. Barcelona, 2000.

MUÑOZ, F; GONZÁLEZ, C. Como a heroína, a cocaína e outras drogas surgiram a partir de remédios convencionais. **The Conversation**, 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-53201079>. Acesso em: 19 out. 2024.

NEVES, F. Política Nacional sobre Drogas (PNAD): reflexos do discurso proibicionista no Brasil. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 2, pág. 1-20, 2018.

NUNES, M; SANTOS, D; VARGAS, D. Os discursos demonizantes sobre o uso de drogas: reflexões sobre o crack. **Relatório sobre saúde mental e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 17.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS – (OBID). Álcool. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index>. Acesso em: 25 out. 2024.

O'LEARY, C et al. A eficácia das intervenções baseadas na abstinência e na redução de danos na redução do uso problemático de substâncias em adultos que vivem em situação de rua em países de alta renda: uma revisão sistemática. **Revista Sistema Campbell**, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38645303/>. Acesso em: 2 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas / **Organização Mundial da Saúde**; [tradução de Fábio Corregiari]. São Paulo: Roca, 2006.

ONU. **Convenção Internacional do Ópio**. Haia: Nações Unidas, 1912.

OMS. Utilização de medidas de redução de danos em programas de controle do VIH/SIDA. Genebra: **Organização Mundial da Saúde**, 1989.

PIRES, R; SANTOS, M. Desafios do multiprofissionalismo para a redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. **Saúde & Sociedade**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200072>. Acesso em: 3 nov. 2024.

PITTA, A. Reforma psiquiátrica e seus efeitos: a situação atual das internações psiquiátricas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 4615-4626, 2011.

PITTA, A. Reforma psiquiátrica brasileira: contribuições para uma análise crítica. São Paulo: **Hucitec**, 2020.

PETUCO, D. Entre macro e micropolíticas: O movimento social de redução de danos e o campo político reflexivo das drogas. Brasília, DF: **Conselho Federal de Psicologia**, 2010.

RAUPP, L et al. Caracterização de atores e práticas de redução de danos na região Sul do país. **Saúde & Sociedade**, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-1290202210264pt>. Acesso em: 3 nov. 2024.

RIBEIRO, M et al. Centro de referência de álcool, tabaco e outras drogas: seis anos de uma intervenção. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1347826>. Acesso em: 3 nov. 2024.

SARACENO, B.; TOGNONI, G. Assistência de saúde mental baseada na comunidade: funciona e é possível. **World Health Statistics Quarterly**, v. 48, n. 3, p. 276-283, 1995.

SANTOS, A. A reforma da reforma psiquiátrica e o modelo de abstinência no cuidado para pessoas que usam drogas. **Revista Brasileira de Saúde Mental**, São Paulo, v. 2, pág. 123-136, 2018.

SENAD. Drogas psicoativas: definição e implicações. **Revista de Psicologia e Saúde**, v. 1, p. 1-15, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/MGGG5R3MMmszKjgjn8D5NqH/>. Acesso em: 25 out. 2024.

SIEGEL, R. Intoxication: The Universal Drive for Mind-Altering Substances. **Park Street Press**, 1989.

SILVA, M. A aplicação da Lei de Drogas no Brasil: um estudo crítico. **Revista Brasileira de Política Criminal**, v. 1, p. 45-67, 2020.

SILVA, L. A questão das drogas nas relações internacionais: uma perspectiva brasileira. Brasília: **Fundação Alexandre Gusmão**, 2013.

SILVA, L. Políticas de drogas na Europa e seus impactos sociais. **Revista Estudos Interdisciplinares**, v. 3, p. 45–60, 2019.

SIMAS, R. Contribuições para a análise da política brasileira de saúde para usuários de drogas: modelos em disputa. **Fundação Oswaldo Cruz**, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46202>. Acesso em: 19 out. 2024.

SUMNALL, H et al. Efeitos das representações da mídia sobre mortes relacionadas a drogas no estigma público e no apoio à redução de danos. **Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103909>. Acesso em: 2 nov. 2024.

THOMÉ, L. Contracultura: o conceito, sua história e seus problemas. **Ensino, Direitos e Democracia**, 2016. Disponível em: [https://www.eeh2016.anpuh-rs.org.br/resources/anais/46/1476382682\\_ARQUIVO\\_Contracultura.pdf](https://www.eeh2016.anpuh-rs.org.br/resources/anais/46/1476382682_ARQUIVO_Contracultura.pdf). Acesso em: 17 out. 2024.

TORCATO, C. Crime e castigo nos Estados Unidos: de Nixon a Clinton. **Centro de Pesquisa e Formação**, 2016. Disponível em: <https://centrodepesquisaeformacao.sescsp.org.br/atividade/historia-e-historiografia-do-uso-de-drogas-e-suas-proibicoes>. Acesso em: 18 out. 2024.

TORRE, E. Saúde mental e atenção psicossocial. 4. ed. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2021.

VARGAS, M; CAMPOS, G. Políticas públicas sobre drogas e saúde mental: avanços e desafios no século XXI. **Revista Brasileira de Saúde Mental**, São Paulo, v. 3, pág. 45-60, 2019.

VENTURINI, E. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 1, p. 138-151, 2008.

WACQUANT, L. As prisões da miséria. Rio de Janeiro: **Jorge Zahar**, 2001.

ZALUAR, A. A criminalização das drogas e da violência urbana no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 26, p. 30-45, 1994.

WIENER, A. Políticas de drogas na Holanda: Um caso de redução pragmática de danos. **Revista de Política Social**, v. 4, pág. 547–563, 1999.

WOLFENDEN, L.; PEREIRA, M Implementando políticas de redução de danos: Uma revisão das tendências globais. **Revisão da Política de Drogas**, v. 2, pág. 12–24, 2015.

## AGRADECIMENTOS

Quero começar agradecendo ao tempo, pois, sem ele, nem escrevendo esse texto eu estaria. Junto ao tempo, agradeço ao universo por ter me levado por todos os caminhos que, enfim, me trouxeram até aqui. Agradeço a Deus e aos meus guias espirituais, especialmente ao meu pai Oxaguiã, meu grande companheiro, que está sempre ao meu lado, trazendo sabedoria e me ajudando a enxergar a beleza de nossa existência.

Sou profundamente grata aos meus pais terrenos, por todos os privilégios que, com tanto esforço e dedicação, me proporcionaram. Às minhas irmãs, Clara e Bia, que assumiram parte da minha rotina para que eu pudesse me dedicar a concluir este ciclo.

Ao meu marido, Otoni, que, mais do que qualquer outra pessoa nesta existência, esteve comigo e foi lugar de afeto, parceria e felicidade.

Agradeço à minha família em especial às minhas tias Ruth e Rosângela, que nunca deixaram de acreditar em mim e insistiram para que eu não desistisse.

Aos meus primos, que, como irmãos e amigos, foram presentes, seja com palavras de incentivo ou até me emprestando um notebook (obrigada, Isa e Alu, pela força enorme!).

Sou grata também aos meus amigos, que ficaram ao meu lado, acolhendo minhas dores e me impulsionando a seguir firme.

Ao querido professor Andrade, cuja paciência e disponibilidade foram essenciais para que eu conseguisse avançar com este trabalho.

E, por fim, à minha querida Mari, que em vida foi como uma irmã e, desde a sua partida, se tornou meu anjo protetor, continuando a me ensinar sobre a vida.

A todos que fizeram parte deste processo, o meu mais profundo e sincero obrigado, amo muito todos vocês. Enfim, conseguimos!