

FACULDADE CATÓLICA DOM ORIONE

CURSO DE PSICOLOGIA

MARTA DA SILVA REIS

**ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO CAPS AD E A IMPORTÂNCIA DA REDUÇÃO DE  
DANOS**

ARAGUAÍNA

2021

MARTA DA SILVA REIS

**ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO CAPS AD E A IMPORTÂNCIA DA REDUÇÃO  
DE DANOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Dom Orione como requisito parcial à obtenção de grau de bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Me. Haleks Marques Silva

ARAGUAÍNA  
2021

MARTA DA SILVA REIS

**ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO CAPS AD E A IMPORTÂNCIA DA REDUÇÃO DE  
DANOS**

Este trabalho de Conclusão de curso foi julgado adequado para obtenção do Grau de Bacharel em Psicologia do curso de Psicologia da Faculdade Católica Dom Orione e aprovado em sua forma final em:

Apresentado à Banca Examinadora composta pelos professores:

---

Prof. Me. Haleks Marques Silva  
Orientador

---

Prof. Me. Gilson Gomes Coelho  
Examinador

---

Prof. Me. Edilson Barros de Macêdo  
Examinador

# ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO CAPS AD E A IMPORTÂNCIA DA REDUÇÃO DE DANOS

## PRACTICE OF THE PSYCHOLOGIST IN CAPS AD AND THE IMPORTANCE OF REDUCTION OF DAMAGE

Marta da Silva Reis<sup>1</sup>  
Haleks Marques Silva (Or.)<sup>2</sup>

### RESUMO

O consumo de drogas, por muito tempo, foi estigmatizado e combatido por práticas proibicionistas, sendo a abstinência considerada o único caminho viável. Nos anos 80 surge a redução de danos, uma abordagem que visa diminuir os riscos e danos causados pelo consumo de drogas. É uma forma de cuidar de usuários de drogas, baseada em liberdade e em acolhimento, sem envolver obrigatoriedade de abstinência. Foi adotada pelo ministério da saúde em 2003 como um dos princípios para tratar a saúde de usuários de substâncias psicoativas, e é diretriz fundamental no Centro De Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), instituição de saúde que atende pessoas em sofrimento mental causado por álcool e outras drogas. O psicólogo faz parte da equipe multiprofissional do CAPS AD, oferecendo cuidado integral baseado na vertente da redução de danos. Este artigo tem como objetivo elucidar e refletir o tema redução de danos e falar sobre como deve ser a atuação do psicólogo no CAPS AD. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas plataformas Google acadêmico e Scielo, utilizando-se as palavras redução de danos, CAPS AD, psicologia e álcool e drogas. Através da pesquisa, foi possível concluir que a redução de danos está articulada com a psicologia, devido a sua humanização, empatia, apoio, compreensão e respeito com as escolhas e desejos de usuários de drogas.

**Palavras chave:** Drogas. Psicologia. Redução de danos. CAPS. Saúde.

### ABSTRACT

Drug use, for a long time, was stigmatized and fought against by prohibitionist practices, with abstinence being considered the only viable path. In the 1980s, harm reduction emerged, an approach that aims to reduce the risks and harm caused by drug use. It is a way of caring for drug users, based on freedom and acceptance, without requiring abstinence. It was adopted by the Ministry of Health in 2003 as one of the principles for treating the health of users of psychoactive substances, and is a fundamental guideline at the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS AD), a health institution that serves people in mental suffering caused by alcohol and other drugs. The psychologist is part of the multidisciplinary team at CAPS AD, offering comprehensive care based on harm reduction. This article aims to elucidate and reflect on the theme of harm reduction and talk about how psychologists should work at CAPS AD. For this, a bibliographical research was carried out in articles and books focused on

---

<sup>1</sup>Graduanda em Psicologia pela Faculdade Católica Dom Orione - FACDO. E-mail: martaareis@catolicaorione.edu.br

<sup>2</sup> Mestre em Ensino de Língua e Literatura pela Universidade Federal do Tocantins - UFT e Doutorando em Educação na Amazônia pela Universidade Federal do Tocantins - UFT. Docente no curso de Psicologia e Direito na Faculdade Católica Dom Orione - FACDO. E-mail: haleks@catolicaorione.edu.br

the themes. Through the research, it was possible to conclude that harm reduction is linked to psychology, due to its humanization, empathy, support, understanding and respect for the choices and desires of drug users.

**Keywords:** Drugs. Psychology. Harm reduction. CAPS. Health.

## 1 INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas, também chamadas popularmente de drogas, não é uma prática comum apenas nos dias atuais. As sociedades, desde a antiguidade, sempre foram permeadas pelas substâncias psicoativas e por seus usos, seja para fins recreativos, religiosos, medicinais, alimentares ou outros (VIANA, 2016). Como relata Henrique Carneiro (2009), o álcool, assim como muitas plantas, a papoula, o cânhamo, o chá, o café, a coca, o guaraná apresentaram ao longo da história da humanidade diversos papéis.

O consumo de drogas era uma prática comum em tempos remotos. Foi somente ao longo do século XX que o uso de algumas dessas substâncias se consolidou como um campo de atenção, debate e preocupação social e de Estado (FIORE, 2008), o que caracteriza o início do proibicionismo.

Proibicionismo é a forma do Estado controlar o uso e a venda de drogas ilícitas através da criminalização, proibição e repressão, buscando o máximo possível eliminar as drogas da sociedade. Faz parte de uma estratégia de guerra contra as drogas. São características das políticas proibicionistas e definidas como medidas de alta exigência ações baseadas no medo à repressão, na persuasão moral e na intolerância ao uso de drogas (MACHADO; BOARINI, 2013). Como diz Annabelle Vargas e Mauro Campos (2019, p. 45): “o proibicionismo e a guerra às drogas surgiram nos Estados Unidos, a partir dos anos de 1960 e 1970”.

No Brasil, as políticas proibicionistas de controle social se adequaram ao modelo estadunidense desde o princípio (TATMATSU; SIQUEIRA; PRETTE; 2020), apesar de já ter leis nacionais criminalizando a venda de drogas, antes mesmo que o proibicionismo se alastrasse pelo mundo, como é o caso do decreto n° 14.969<sup>3</sup> de 3 de setembro de 1921, que determinava penas para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e derivados (BRASIL, 1921).

---

<sup>3</sup> Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos.

O paradigma proibicionista busca instalar na sociedade uma visão depreciativa sobre o consumo de drogas, fazendo a sociedade estigmatizar esses seres humanos e associá-los com criminalidade, marginalidade e idealizar que seres humanos que usam drogas só podem viver em sociedade com a condição de estar em abstinência.

De forma geral, o proibicionismo vislumbra uma sociedade sem drogas e esse objetivo é extremamente utópico à medida que tal feito é materialmente irrealizável (VIANA, 2016). Levando em consideração que diferentes sociedades em diferentes épocas sempre fizeram uso de drogas, podemos dizer que não há como idealizar e lutar por uma sociedade sem drogas. O desejo em alcançar uma sociedade livre de drogas, não condiz com a história da humanidade (BARROS, 2019). Portanto, é necessário encarar a questão das drogas de uma maneira realista, buscando medidas que garantam segurança e saúde dos seres humanos que fazem uso de drogas, compreendendo que esse fenômeno perdure tanto quanto a existência humana.

Essa vertente proibicionista tem uma grande influência nos modelos de saúde e tratamento de usuários de substâncias psicoativas. Segundo Gordon Marlatt (1999), o tratamento em saúde oferecido na perspectiva da guerra às drogas é voltado para a alta exigência, ou seja, é exigido de todos os usuários que alcancem total abstinência, como uma medida higienista, sem outras alternativas de tratamento. De acordo com Vânia Alves (2009), o modelo de atenção à saúde a usuários de álcool e outras drogas é edificado a partir da racionalidade proibicionista caracterizada pelo autoritarismo.

De acordo com Helenice Lopes e Aline Gonçalves (2018), é na década de 80 que movimentos sociais passaram a reivindicar melhoria de vida e saúde de usuários de drogas que não queriam ou não conseguiam atingir a abstinência. Na mesma década, surge a Redução de Danos (RD) no Brasil, um novo modelo de tratamento que vai na contramão do proibicionismo. O foco dessa vertente não é combater o uso de drogas, mas reduzir os danos que o uso de drogas pode trazer, respeitando o fato de que muitos usuários não têm possibilidades de entrar em estado de abstinência e, mesmo assim, têm direito à saúde e qualidade de vida.

A redução de danos não é uma vertente que estimula a proibição ou incentiva o uso de drogas, apenas induz práticas que alcancem melhoria de vida para os usuários, independente do desejo de ficar abstinente ou não. Se opõe contra qualquer forma de autoritarismo e repressão. Visa acolher o usuário, e garantir seus direitos. Começou com o cuidado em relação à transmissão do vírus HIV por drogas injetáveis, e hoje se trata de reduzir todos os danos possíveis que podem ser causados pelo consumo de drogas.

Como afirma Tiago Miranda (2015), a redução de danos questiona a abstinência enquanto meta única dos serviços de saúde, e abre espaços para a construção de novas formas de intervenção que não estejam tão interessadas em normalizar e disciplinar.

Ainda desconhecida por muitos e polêmica entre diferentes profissionais, essa proposta representa um novo olhar sobre as populações vulneráveis e procura garantir a saúde pública por meio de ações de esclarecimentos, ao invés de ações proibitivas e punitivas (ANACLETO, 2011).

No ano de 2002 é criado o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD, política pública brasileira de saúde mental específica para atendimento a usuários de álcool e outras drogas. O tratamento oferecido no CAPS AD está justamente em parâmetro com a redução de danos, portanto, oposto ao paradigma proibicionista, pois não tem a abstinência como foco nos tratamentos e oferece um cuidado humanizado, com práticas de saúde e bem estar psicossocial, sem repressão e alta exigência.

Como destaca Clarissa Lacerda e Marta Rojas (2017), o CAPS AD é um serviço público aberto diariamente que realiza atendimentos aos usuários de drogas, focando não só no tratamento para o fim do consumo das drogas em si, mas também na reinserção social, comunitária e familiar desses seres humanos.

Considerando que o psicólogo faz parte da equipe multidisciplinar do CAPS AD, e deve ter seu trabalho também direcionado por práticas de redução de danos, esse artigo tem como objetivo apresentar o conceito e contexto histórico da redução de danos, e como ela deve ser colocada em prática dentro do CAPS AD pelo psicólogo.

É de extrema importância trazer conhecimento sobre um tema tão necessário, tendo em vista que o profissional da psicologia, inserido na saúde pública, provavelmente terá que lidar com pacientes usuários de drogas, e deverá atuar na perspectiva da redução de danos, fundamentando seu trabalho nos direitos humanos, pois atuar pelo modelo tradicional de tratamento - modelo pautado na abstinência - seria infringir os direitos desses seres humanos, e violar o compromisso ético da própria profissão.

## **2 PARADIGMA PROIBICIONISTA E TRATAMENTO PAUTADO NA ABSTINÊNCIA**

O consumo de drogas é algo que faz parte da história da humanidade. Algumas das drogas que hoje são proibidas eram comumente usadas por povos antigos para tratamentos medicinais, como é o caso da cocaína. De acordo com Elize Fonseca e Francisco Bastos (2012),

a cocaína tinha poderes anestésicos e estimulantes e era popularmente usada pelos andinos na América do Sul, seja mascando a folha ou infusão na forma de chá. Ainda de acordo com a referida pesquisa, os médicos romanos e árabes utilizavam a tintura de ópio para tratar casos de afecções.

Foi ao longo da história que as drogas foram ganhando significados diferentes. No século XIX, substâncias como a heroína e a cocaína foram alteradas quimicamente em laboratórios, deixando de ser apenas plantas cultivadas por milênios, como apontam os estudos de Larissa Rybka, Juliana Nascimento e Raquel Guzzo (2018). O combate e criminalização das drogas se fortaleceu em vários países com a ascensão do proibicionismo, que se iniciou nos Estados Unidos, no século XX.

Lucas Soccac (2012) descreve o proibicionismo como controle da distribuição, produção e consumo de substâncias psicoativas, através da coação e da ameaça de punição, principalmente por meio de prisão, buscando atingir o ideal da abstinência. Entre todas as substâncias psicoativas, os principais alvos do proibicionismo contemporâneo foram os derivados da *cannabis* (maconha), da coca (cocaína/crack) e da papoula (ópio e heroína) (FIORE, 2012).

Maurício Fiore (2012) também discorre que um dos marcos internacionais do proibicionismo foi a convenção única sobre Entorpecentes, em 1961, sob a chancela da Organização das Nações Unidas (ONU). O texto fala acerca da preocupação com a saúde da humanidade, limita o uso científico e medicinal de substâncias e obriga a criminalização de determinadas condutas, como aponta também Luiz Paiva (2018).

Embora o Brasil tenha se inspirado nos Estados Unidos, aderindo ao modelo proibicionista, já havia um combate às drogas nacional antes do tal modelo se alastrar. Carla Laikovski (2015) assevera que, no Brasil, o fenômeno do proibicionismo iniciou após 1911, quando o Brasil se comprometeu a controlar o consumo de ópio e cocaína. Nessa época, a cocaína era legalmente usada para fins medicinais.

Mais tarde, em 1921, surge a primeira lei restritiva na utilização do ópio, morfina, heroína e cocaína no Brasil, passível de punição para todo tipo de utilização que não seguisse as recomendações médicas (LAIKOVISKI, 2015). A partir de 1930, o uso de maconha passou a ser proibido e, no ano de 1938, a cocaína não era mais permitida nem mesmo para tratamento medicinal.



De acordo com Lucas Soccac (2012), o Brasil passa a fazer parte oficialmente do contexto internacional de combate às drogas com a promulgação da convenção única sobre entorpecentes pelo Decreto 54.216/64<sup>4</sup>.

Em questão de saúde, o modelo de tratamento baseado no proibicionismo é voltado para a abstinência e para a internação. Como afirma o Conselho Federal de Psicologia (2019), o paradigma proibicionista reforça a internação compulsória e involuntária, além do tratamento visando a abstinência como única meta possível e favorece práticas violadoras de direitos. Renata Ramos e Maria Boarini (2013) destacam que o proibicionismo era perspectiva predominante quando a internação e o isolamento eram defendidos como medidas principais para o tratamento de álcool e outras drogas. José Prates *et al.* (2014) relatam que no final do século XIX e até metade do século XX, os seres humanos que apresentavam problemas com álcool e outras drogas eram enviados para instituições psiquiátricas com o objetivo de serem tiradas do convívio social e entrar em abstinência.

Segundo Christiane Sampaio (2006), até a década de 90, a saúde dos usuários de drogas estava nas mãos de grupos de mútua ajuda, nos espaços reclusos das fazendas terapêuticas e em alguns leitos de desintoxicação dos hospitais gerais, através de atendimentos ambulatoriais e na forma de internação em hospitais psiquiátricos.

Chama a atenção o fato de que as abordagens médicas e sociais hegemônicas neste período, influenciadas por valores médicos e morais, eram todas focadas na ideia da abstinência como a única solução para o uso problemático de drogas (MEDEIROS *et al.*, 2019) e não havia serviços de saúde públicos para esses pacientes.

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), ou seja, trata-se de uma visão muito biológica e reducionista acerca do vício em drogas. Não é levado em conta os aspectos sociais, psicológicos e econômicos do indivíduo que está dependente de drogas, nem o fato de que nem toda pessoa dependente está pronta para cessar completamente o uso de drogas. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema.

Uma das principais instituições onde o paradigma da internação e abstinência e outras práticas proibicionistas se fazem presentes é a Comunidade Terapêutica - CT. Não há como falar de proibicionismo sem falar de comunidades terapêuticas e suas características.

---

<sup>4</sup> Decreto 54.216 de 27/08/64: Promulga a Convenção Única sobre Entorpecentes (BRASIL, 1964).

As comunidades terapêuticas são instituições privadas e, muitas vezes, de caráter confessional, em que a religião é apresentada como estratégia de tratamento (FOSSI, GUARESCHI, 2019). São locais de internação que geralmente são isolados, afastados da cidade. O usuário de drogas fica em isolamento, sem contatos com pessoas que não sejam os outros membros da comunidade durante todo o período de internação e fica recebendo visitas familiares e de pessoas próximas de maneira limitada. Algumas das vezes a internação ocorre contra a própria vontade do usuário, mesmo que isso viole a liberdade de escolha e autonomia do indivíduo, algo que assemelha os manicômios.

O modelo de tratamento é único e pré-definido para todos. Nutrem a convicção de que os meios para tal mudança são invariavelmente os mesmos, para toda e qualquer pessoa que apresente problemas relacionados ao uso de drogas (SANTOS, 2018). Esse é outro aspecto negativo do paradigma proibicionista: a desvalorização da singularidade dos pacientes. Cada paciente é um caso, uma história, não há como atribuir a todos o mesmo método de tratamento.

Os seres humanos que fazem uso contínuo de substâncias psicoativas estão mais vulneráveis a violência, ao abandono de família e amigos e a perda de vínculos, ao desemprego, aos transtornos psicológicos, por isso é necessário um tratamento com acolhimento, e não um tratamento com julgamento e alta exigência de abstinência, pois isso só pressiona e causa frustração quando há insucesso em cessar o uso de drogas. Sendo assim, é importante lutar por modelos de saúde que não violem direitos que estejam pautados em ética e humanização.

Nos anos 80, passa a surgir práticas de redução de danos, um paradigma que vai contra o discurso da abstinência como único caminho a ser seguido por dependentes de drogas, e preza pela saúde e bem estar desses seres humanos, compreendendo a liberdade de escolha. É mais viável buscar reduzir as consequências que trazem as drogas, do que focar apenas na perspectiva da abstinência, que em muitos casos não pode ser possível alcançar.

### **3 CONCEITO E CONTEXTO HISTÓRICO DA REDUÇÃO DE DANOS**

A redução de danos<sup>5</sup> - RD é uma estratégia de cuidado com seres humanos usuários de drogas baseado na ética e respeito à autonomia, que visa minimizar os prejuízos advindos do uso de álcool e outras drogas, ao invés de ter como foco principal a abstinência, ou seja, o propósito não é necessariamente fazer com que o ser humano usuário dependente interrompa

---

<sup>5</sup> Doravante RD.

de uma vez por todas o uso de substâncias psicoativas, e sim direcionar este a melhor qualidade de vida possível, e a menor diminuição possível de prejuízos para sua saúde e estilo de vida.

Isabela Queiroz (2001) diz que o princípio fundamental dessa abordagem é o respeito à liberdade de escolha, pois muitos usuários não querem ou não conseguem deixar de usar drogas e, mesmo assim, precisam reduzir os danos causados pelo vício. Como esclarece Maurides Ribeiro (2013), a ótica dessa abordagem é que, se de qualquer jeito o cidadão vai fazer uso de drogas, que faça com os menores danos possíveis, tanto para si como para toda a sociedade.

A redução de danos tem como modelo de tratamento o oposto do modelo tradicional, que é repressivo e moralista. As suas práticas são baseadas nos princípios da imprescindibilidade e compreensão da diversidade, com finalidade da preservação da vida. Um ser humano não deixa de ter direito à dignidade, ao respeito, à saúde e à qualidade de vida só por não conseguir ou não querer atingir a abstinência. A redução de danos deve tirar o estigma voltado para marginalização que cerca o ser humano que faz uso de drogas.

De acordo com Thaísa Gomes e Marcelo Vecchia (2018), a primeira prática voltada para a RD ocorreu na Inglaterra, no ano de 1926, depois de surgir o relatório *Rolleston*, que recomendava aos médicos prescrição de uso de heroína para aqueles que não podiam cessar o uso. Anos depois, em 1984, a Holanda colocou a RD em prática com o intuito de diminuir a transmissão de Hepatite B entre usuários de drogas. Logo em seguida, o sistema de saúde holandês adotou esse programa e começou a distribuir seringas, para evitar que elas fossem compartilhadas e, assim, diminuir a transmissão da doença (SODELLI, 2010).

A partir da implantação da política de RD na Holanda, em 1984, vários países do continente europeu passaram a adotar estas práticas, como a Inglaterra, em 1985 (GOMES e VECCHIA, 2018).

A RD foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil no município de Santos-SP no ano de 1989, quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis (MESQUITA, 1991). A RD iniciou-se assim, com distribuição de seringas e práticas preventivas com o propósito de proteger essas pessoas do contágio do HIV, reduzindo assim os riscos e consequências trazidos pelo uso de drogas e vulnerabilidade.

A partir daí, iniciou-se uma luta pela RD, e as estratégias foram se tornando cada vez mais preventivas e os objetivos passaram a ir mais além do que a troca de seringas para evitar contágios. Sendo assim, pode se dizer que o início da RD no Brasil está relacionada com o contexto da prevenção da AIDS.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2013), os primeiros Programas de Redução de Danos - PRD foram criados com financiamento da Política Nacional de Doença Sexualmente Transmissível - DST. Na metade da década de 1990, ganham força o movimento social de RD e as associações estaduais e nacionais de redutores de danos, que lutam pelo direito à saúde dos usuários de drogas (DOMANICO, 2006). Em 1997, é criada a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), que, em âmbito nacional, discute a RD em diversos fóruns, propondo políticas públicas para drogas (CFP, 2013).

No ano de 2003, o ministério da saúde estabelece a RD como diretriz necessária para atuação frente a usuários de drogas, publicando o documento: A Política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003). Neste documento são reconhecidas as ações de RD como fundamentais para guiar o tratamento de usuários de drogas, e ressalta que a abstinência não pode ser o único modelo a ser alcançado.

Não é a que a RD seja uma política favorável ao consumo de drogas, apenas preza pela informação, dignidade e saúde dos usuários. Nessa perspectiva, a estratégia de RD passa a ser elaborada a partir de fatos e não partilha moral ou crenças (BARROS, 2019). É um olhar empático e diferenciado sobre o uso de drogas.

É importante ressaltar que, o fato de a lógica de RD ser contra a alta exigência de abstinência, não significa que é contra a abstinência em si. A RD é favorável à abstinência, contanto que o usuário queira e/ou consiga atingi-la. A abstinência apenas não é o único tratamento a ser seguido dentro dessa perspectiva. Interromper por completo o uso de drogas é uma decisão clínica e precisa ser feita com cautela, pois não é uma prescrição geral que serve para todos os casos, como menciona o Conselho Federal de Psicologia (2013).

Sendo assim, apenas compreende que não é todo paciente que está pronto para ficar abstinente, e isso deve ser respeitado. A alta exigência em torno da abstinência implica ainda em censuras e recriminações aos episódios de recaída ou reincidência ao uso de drogas, tornando as instituições de saúde espaços pouco acolhedores (ALVES, 2009), e pode acarretar mais sofrimento para os usuários. A seguir resumimos algumas diferenças sobre o tratamento pautado na abstinência e na RD, vejamos:

<b>TRATAMENTO PAUTADO NA ABSTINÊNCIA</b>	<b>TRATAMENTO PAUTADO NA REDUÇÃO DE DANOS</b>
A abstinência é o único método de tratamento oferecido	A abstinência é um método de tratamento ofertado, mas não o único
Só existe um modelo universal de tratamento para todos	O tratamento é projetado de acordo com cada caso, valorizando a singularidade dos pacientes
A dependência é tratada apenas como um fator orgânico	É relevado todos os aspectos da dependência: sociais, culturais, psicológicos
Alta exigência e repressão	Baixa exigência e acolhimento

Fonte: Elaborado por Marta Reis.

A RD trabalha com as possibilidades que o ser humano tem de desenvolver o bem-estar, mesmo sendo usuário de drogas. Percebemos, então, que a abordagem da RD oferece um caminho promissor por reconhecer cada usuário em sua singularidade e traçar com ele estratégias para promover a saúde e garantir seus direitos enquanto cidadão (LIMA, DIMENSTEIN; MACEDO, 2015).

Também fazem parte dessa estratégia as terapias substitutivas, que propõem, no processo de cuidado, a troca de algumas substâncias por outras, cujos danos sejam avaliados como menores (SANTOS, 2018).

A RD, portanto, tem a intenção de resgatar os tempos em que o uso de drogas não era associado à marginalidade e que o usuário de drogas era um cidadão como qualquer outro, devendo ser respeitado e atendido como tal (ANACLETO, 2011).

Ainda existem mitos e estigmas que cercam essa abordagem. A redução de danos ainda é encarada por muitos como uma incitação ao uso de drogas. Isso se explica porque suas estratégias não utilizam a repreensão do uso, mas sim o aprendizado de um uso seguro (ANACLETO, 2011). Como já mencionado, a redução de danos não é um incentivo ao uso de drogas, apenas um cuidado humanizado e aceitação a quem escolhe usar.

#### **4 SOBRE OS CAPS AD**

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS foram criados através da portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. O principal objetivo dos CAPS é substituir hospitais psiquiátricos e oferecer tratamento psicossocial a pessoas com transtornos mentais. O tratamento psicossocial se trata de um cuidado que não é voltado apenas para os aspectos físicos do

paciente, mas também para os aspectos psicológicos, sociais e comunitários, buscando reinserir na sociedade ao invés de isolar em hospitais psiquiátricos.

A implantação do modelo psicossocial tem o objetivo de reinserir o portador de transtorno psíquico em suas atividades diárias, tornando possível a interação com a família e comunidade em geral (COSTA, 2000). Os CAPS são constituídos por equipe multiprofissional e realizam atendimento diário, em regime de tratamento intensivo, semi intensivo e não intensivo (BRASIL, 2011).

O CAPS oferece atendimento médico e psicoterapêutico, tanto individual quanto em grupo e familiar, orientações, atividades lúdicas, atividades terapêuticas, refeições, trabalho com a família dos pacientes e medicações.

A modalidade de CAPS criada para realizar atendimento específico para usuários de drogas é o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD. É um equipamento de cuidado, articulado em rede, voltado para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002). Atende municípios que têm acima de 70 mil habitantes.

E também o CAPS AD III, em função do atendimento contínuo, as atividades desenvolvidas neste dispositivo envolvem, além das que são realizadas nos CAPS-AD, plantões diários de atendimento, ações de reabilitação psicossocial, fornecimento de refeições diárias (BRASIL, 2012b). Atende municípios que têm acima de 200 mil habitantes.

Todas as pessoas, tanto os homens como as mulheres, os adolescentes ou os idosos, podem solicitar atendimento em CAPS AD, desde que apresentem impossibilidade de viver e realizar seus projetos de vida, devido a dependência álcool e outras drogas (SCHNEIDER *et al.*, 2014). A equipe multiprofissional do CAPS AD é formada por: 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 1 clínico geral, 4 (quatro) profissionais de nível superior, entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão<sup>6</sup>.

De acordo com o Ministério da saúde (2003), os CAPS AD tem como objetivo: prestar atendimento diário dentro da lógica de redução de danos, cuidar dos familiares, trabalhar com esses os fatores de proteção do uso de drogas, minimizando os riscos; diminuir o estigma e preconceito sobre o uso de drogas; oferecer repouso e desintoxicação ambulatorial; promover,

---

<sup>6</sup> Portaria n° 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002).

mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais.

Também devem oferecer condições para o repouso dos usuários de serviços, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem deste tipo de cuidados, e que não demandem por atenção clínica hospitalar (Ministério da saúde, 2003).

Sendo assim, o CAPS AD é uma instituição indissociável da redução de danos. O objetivo não é exatamente fazer com que os usuários interrompam o uso, mas sim proporcionar a esses seres humanos saúde e proteção dos riscos das quais estão expostos, e também resgatar a cidadania e dignidade dos usuários, e inseri-los socialmente.

A atuação dentro da perspectiva da redução de danos segue uma intervenção educativa com orientações individuais, oficinas, aconselhamentos, distribuições de insumos para o uso de drogas, panfletos, cartazes, preservativos, entre outros (SOUZA *et al.*, 2007).

Ao invés de um tratamento pré-definido para todos os pacientes, o tratamento para cada paciente é estabelecido através do Projeto Terapêutico Singular - PTS. PTS é um projeto de tratamento feito pela equipe multidisciplinar, com participação do paciente e também da família na decisão de como será esse tratamento, e as práticas e objetivos desse projeto devem estar ao alcance e de acordo com a realidade, demanda e singularidade do indivíduo.

Ao formular o PTS, a abstinência deve ser meta somente em casos que o paciente decidir isso, pois ele tem uma voz crucial nas medidas estabelecidas para seu tratamento. A abstinência não precisa ser alcançada a qualquer custo, mas como resultado de um processo de autoconhecimento, mediado por terapeutas dispostos a uma escuta qualificada, despida de dogmas e preconceitos (SANTOS, 2018).

Seja na porta de entrada, no trabalho com grupos, na construção do PTS etc. A redução de danos é uma potente tecnologia de cuidado que acolhe e legitima os sujeitos nos seus diferentes modos de vida e deve estar presente na atenção psicossocial (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

## **5 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO CAPS AD E A IMPORTÂNCIA DO ENFOQUE NA RD**

O profissional da psicologia faz parte da equipe multidisciplinar que atua no CAPS AD. Sendo a RD um dos princípios do CAPS AD, o psicólogo deve fundamentar seu trabalho nessa lógica.

Tratar usuários de álcool e outras drogas com base na RD é deixar de lado perspectivas higienistas e pautadas em abstinência, oferecer práticas de saúde, acolhimento, cuidado às diferentes dimensões do indivíduo: psicológica, familiar, social, comunitária e afetiva.

Ao atuar com base na RD, o psicólogo tem que romper com a psicologia clínica tradicional e operar através da clínica ampliada que, segundo os escritos de Daniela Schneider (2014) tem como objetivo abordar a família dos sujeitos, trabalhar em grupos e de acordo com a realidade social em que o sujeito está inserido, compreendendo o sujeito como um ser inserido em uma rede de relações.

O psicólogo no CAPS AD não deve trabalhar com obrigatoriedade da abstinência. O foco do profissional deve ser a melhoria de vida do paciente e não deve ser imposto um modelo a ser atingido. O profissional não julga o que é melhor para o usuário, ele constrói juntamente com ele uma maneira de melhorar sua vida, respeitando seus limites (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Portanto, ao colaborar com o PTS, o psicólogo tem de compreender que a meta de abstinência é algo que deve ser negociado com o paciente.

Os atendimentos psicoterápicos, individuais e em grupo, são algumas das atividades realizadas no CAPS AD. O psicólogo também pode realizar oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares e atividades comunitárias que visem à promoção de saúde (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013). Ao atender um usuário nessa perspectiva, o profissional tem que evitar julgamentos morais, não só em relação ao uso de drogas, como também os comportamentos e condutas advindos desse uso.

É preciso oferecer uma escuta humanizada, fazendo com que o paciente se sinta acolhido e aceito. Também é preciso trabalhar o vínculo para ganhar a confiança do paciente.

Ao atender o paciente, é necessário entender os fatores biológicos, sociais, econômicos e culturais que deram origem e que estão mantendo o uso de drogas, sem reducionismos, pois a redução de danos vai ao encontro da saúde integrada. A desconsideração do contexto em que vive o usuário pode ser, no mínimo, desastrosa (SCHNEIDER *et al.*, 2014), pois compreender o contexto em que este está inserido contribui para um tratamento mais efetivo, baseado na realidade do paciente.

A compreensão e empatia com o paciente são essenciais. Não exigir decisões rápidas, ter paciência com a caminhada da pessoa e respeitar o que é saúde para ela, dar tempo para querer coisas e fazer combinações diferentes. Também é fundamental ter paciência com os episódios de recaídas e/ou abandono do tratamento, sem pressionar o paciente. Reconhecer seus esforços de enfrentamento e superação, mesmo quando tudo que se pretendia não fora alcançado (FONSÊCA, 2012).



O psicólogo deve orientar o paciente sobre a adesão e participação no tratamento, conscientizá-lo da sua responsabilização no decorrer do tratamento e a importância da participação nas atividades terapêuticas e lúdicas. Porém, também deve ser respeitada a liberdade do usuário para decidir se quer ou não se tratar, mesmo que ele precise. Esse é um dos grandes fundamentos da RD: respeito à liberdade de escolha.

O profissional da psicologia também tem de trabalhar com a família do paciente. Fortalecer laços familiares caso estejam rompidos e buscar incluir a família no tratamento, pois o apoio e participação destes são muito importantes. Também deve orientar a família sobre práticas de redução de riscos e danos e explicar que mesmo que o usuário não abandone o uso de drogas, deve ter apoio e suporte da família. É importante esclarecer com a família a necessidade da paciência frente a recaídas e crises, e como agir durante essas crises.

Sendo assim, articulando com as ideias de SCHNEIDER *et al.*, (2014), o psicólogo vai atuar buscando não só dar suporte ao dependente de álcool e outras drogas, mas também fortalecer a rede de apoio desses usuários.

O profissional tem de ter responsabilidade e cautela para não reproduzir os métodos comumente utilizados nas comunidades terapêuticas, como tratamento compulsório, utilização da religião como coerção e punições.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2005), uma das condutas éticas do psicólogo é trabalhar com o objetivo de promover a saúde e a qualidade de vida individual e coletiva, e contribuir para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Sendo assim, é essencial que o psicólogo no CAPS AD, além de promover a saúde e qualidade de vida dos pacientes, busque romper os estigmas e preconceitos que cercam os usuários de drogas, e tudo o mais que contribuir para exclusão dessas pessoas, levando em conta que esse público é vítima de inúmeras discriminações.

É de grande importância que o profissional da psicologia esteja preparado para lidar com esse tipo de demanda. São necessários conhecimentos que vão além do manejo clínico, por isso é tão importante que as universidades que oferecem curso de graduação em psicologia preparem os graduandos para essa realidade. O Conselho Federal de Psicologia (2019) ressalta a necessidade de se reformular estruturas curriculares dos cursos de psicologia, e seja incluído disciplinas que ofereçam subsídios para atuação na atenção ao uso de álcool e drogas.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através desse artigo, podemos constatar que a RD é uma forma de encarar a questão das drogas mais realista e mais lógica que as práticas proibicionistas que por longos anos vem permeando diferentes sociedades. As drogas fazem parte da história da humanidade, sendo assim, trabalhar com foco apenas na abstinência é negar fatores históricos e culturais.

Em uma abordagem ética e humana, onde se trabalha com a perspectiva de que um ser humano não deixa de ter direito a dignidade, cidadania, qualidade de vida e respeito, só por usar drogas ilícitas, sendo um direito dele escolher pela abstinência ou não.

Proibir e criminalizar não é o melhor caminho quando se trata de uma população tão vulnerável e excluída, que são os usuários de álcool e outras drogas. A temática das drogas não deve ser tratada como problema de segurança e justiça, e sim como problema de saúde pública., portanto, deve ser atravessada por políticas públicas de saúde mental humanizadas e com respeito a dignidade do sujeito usuário.

A RD se iniciou no Brasil através das práticas de cuidado com foco em proteger usuários de drogas do vírus HIV, e foi se consolidando como política e hoje é uma das principais diretrizes do atendimento a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública, principalmente no CAPS AD.

Todas as práticas no CAPS AD deveriam estar pautadas na redução de danos, incluindo a prática psicológica. O trabalho do psicólogo no CAPS AD com o propósito de reduzir riscos e danos deve ser guiado por uma visão bem distinta da visão do senso comum sobre o uso de drogas: nada de julgamentos, nada de exigir ou obrigar abstinência, sem repressão e sem reducionismos.

Embora a psicologia tradicional e individualista se volte apenas para os fatores intrínsecos e mentais dos seres humanos, o psicólogo atuando no paradigma da RD deve ir além disso, buscando resgatar com o usuário seus laços sociais, comunitários, familiares e outros aspectos como moradia, emprego, educação, fazendo os encaminhamentos que forem necessários. Através da redução de danos, buscar amenizar sofrimentos, cuidando e promovendo práticas de autocuidado, buscando possibilidades de superação e transformação.

A inserção da psicologia em instituições de saúde é de grande importância para que pacientes sejam tratados além de suas dimensões físicas, pois saúde vai muito além disso. No CAPS AD, a presença do psicólogo se dá nessa importância, e o psicólogo incluir a redução de danos nas práticas de cuidado também reflete como é necessário o profissional que muito além de focar nos aspectos psíquicos de um ser humano, foca também nos seus direitos e dignidade. Portanto, podemos afirmar que a psicologia contribui para práticas mais libertárias e humanizadoras, por isso é tão importante estar articulada com a redução de danos.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, Nov. 2009.

ANACLETO, Aline Arian Alcântara. **Política de Redução de Danos, Vulnerabilidade e Sexualidade: A Opinião de Psicólogos que Atuam na Clínica e no Centro de Atendimento Psicossocial - Caps**. Orientador: Ana Claudia Bortolozzi Maia. 2011. 138 f. Dissertação de Mestrado (Programa de pós graduação em psicologia do desenvolvimento e aprendizagem). Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2011.

BARROS, Erika Bernardino. Substâncias psicoativas e a atuação do psicólogo como redução de danos. **Revista Uningá**, Maringá, v. 56, n. 1, p. 172-185, Mar. 2019.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **Hist. cienc. saúde**, Manguinhos, v. 22, n. 4, p. 1231-1248, Dez. 2015.

BRASIL. **Decreto Nº 14.969 de 3 de setembro de 1921**. Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicomanos. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14969-3-setembro-1921-498564-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad II. **Diário Oficial da União**, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. 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). **Diário Oficial da União**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. **Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de atenção básica - saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARNEIRO, Henrique. As drogas e a história da humanidade. **Psicologia, ciência e profissão**, São Paulo, v. 6, n. 6, p. 13-15, Nov. 2009.

CERUTTI, Mônica Girardi; MARTINS, Marina Teixeira; NIEWEGLOESKI, Viviane Hultmann; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro (2014). A Atuação do Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial Voltado para Álcool e Outras Drogas (Capsad): Os Desafios da Construção de uma Clínica Ampliada. **Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 11, n. 17, p. 101-113, Out. 2014.

Conselho Federal de Psicologia. (2005). Resolução CFP nº 010/2005. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**, XIII Plenário. Brasília: CFP, 2005.

Conselho Federal de Psicologia **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial / Conselho Federal de Psicologia**. Brasília: CFP, 2013. p. 100.

Conselho Federal de Psicologia. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/ Conselho Federal de Psicologia**. Brasília: CFP, 2013. p. 88.

Conselho Federal de Psicologia (Brasil). **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) em Políticas Públicas de álcool e outras drogas / Conselho Federal de Psicologia**. 2º ed. Brasília : CFP, 2019.

CONTE, Marta; MAYER, Rose Teresinha da Rocha; REVERBEL, Carmem; SBRUZZI; MENEZES, Carolina Baptista; ALVES, Gisele Travassos; QUEIROZ, Rafael; BRAGA, Patrícia. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 59-77, 2004.

COSTA, Rosa Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante Paulo (Org.), **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-168.

DOMANICO, Andrea. (2006). **Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nóias!** Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. Orientador: Edward John Batista das Neves MacRae. 2006. 232 f. Tese de Doutorado (Programa de Pós graduação em Ciências Sociais). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

FIORE, Maurício. Prazer e risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre uso de "drogas". In: LABATE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra Lucia; FIORE, Maurício; MACRAE, Edward; CARNEIRO Henrique (Orgs.), **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 141-55.

FIORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos Cebrap**, v. 1, n. 92, p. 9-21, Mar. 2012.

FONSECA, Elize Massard da; BASTOS, Francisco Inácio. Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: ACSELRAD,

Gilberta (Org), **Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos** [online]. 2º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 289-310.

FONSECA, Elize Massard; BASTOS, Francisco Inácio. Os Tratados Internacionais Antidrogas e o Brasil: Políticas, Desafios e Perspectivas. In: ALARCON, Sergio e Jorge, MARCO AURÉLIO (Org.), **Álcool e Outras Drogas: Diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 15-44.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Aspectos punitivos do tratamento nas comunidades terapêuticas: o uso de drogas como dano social. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v.11, n.1, p. 73-88, Abr. 2019.

GOMES, Thaísa Borges; VECCHIA, Marcelo Dalla. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.7, p. 2327-2338, Jul. 2018.

MEDEIROS, Débora Gomes; FARIA, Pedro Henrique de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; TOFÓLI, Luís Fernando. Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7. Jul. 2019.

LACERDA, Clarissa de Barros; FUENTES-ROJAS, Marta. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 363-372, Jun. 2017.

LAIKOVSKI, Giana Carla. O uso de drogas e o proibicionismo. In: **VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís: Anais VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2015.

LIMA, Ana Izabel Oliveira; DIMENSTEIN, Magda; MACEDO, João Paulo. Consumo de álcool e drogas e o trabalho do psicólogo no núcleo de apoio à saúde da família. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 188-197, Dez. 2015.

LOPES, Helenice Pereira e GONÇALVES, Aline Moreira (2018). A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v. 13, n.1, p. 1-15, Jan-jun. 2018.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.

MARLATT, Gordon Alan. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MESQUITA, Fábio. Aids e drogas injetáveis. In: Antônio Lancetti (Org.), **Saúde e Loucura 3**. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 46-53.

MIRANDA, Tiago Alves. **Comunidades terapêuticas no Brasil: história, política e ideologia**. Orientadora: Márcia Landini Totugui. 2015. 63 f. Trabalho monográfico (Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas). Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

PAIVA, Luiz Guilherme Mendes de. Panorama Internacional das Políticas sobre Drogas. 2018. **Boletim de Análise Político-Institucional**, Brasília, n. 18, p. 99-106, Dez. 2018.

PRATES, José Gilberto; PINHO, Paula Hayasi; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; CLARO, Heloísa García. A concepção dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência sobre o processo saúde-doença na assistência aos usuários de substâncias psicoativas. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 318-327, Jun. 2014.

QUEIROZ, Isabela Saraiva 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, Dez. 2001.

RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

RYBKA, Larissa Nadine; NASCIMENTO, Juliana Luporini do; GUZZO, Raquel Souza Lobo. Os mortos e feridos na “guerra às drogas”: uma crítica ao paradigma proibicionista. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 35, n. 1, p. 99-109, Mar. 2018.

SAMPAIO, Christiane Moema Alves. **Redução de danos e SUS: enlaces, contribuições e interfaces**. Orientador: Deisi Sangoi Freitas. 2006. Trabalho monográfico (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Franciscana, Santa Maria, 2006.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil in: SANTOS, Maria Paula Gomes dos (Org.), **Comunidades Terapêuticas - temas para reflexão**. Rio de Janeiro e Brasília: IPEA, 2018. p. 81-89.

SOCAL, Lucas Brugnara. **Drogas e a política do controle: entre o proibicionismo e a redução de danos**. Orientador: Francis Moraes de Almeida. 2012. Trabalho monográfico de conclusão de curso (Graduação em Direito). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

SODELLI, Marcos. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 637-644. Mai. 2010.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado; GONÇALVES, Sérgio Eduardo; MIELKE, Fernanda Barreto; GUADALUPE, Danielli Brito. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: Novas Propostas, Novos Desafios, **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2. p. 210-217, Jun. 2007.

TATMATSU, Daniely Ildegardes Brito; SIQUEIRA, Carlos Eduardo; PRETTE, Zilda Aparecida Pereira Del. Políticas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil e nos Estados Unidos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, Jan. 2020.

VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto; CAMPOS, Mauro Macedo. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p. 1041-1050, Mar. 2019.

VIANA, Suellen Coelho. **Redução de Danos e antiproibicionismo:** Conexões possíveis entre cuidado e política. Orientador: Iacã Machado Macerata. 2016. 35 f. Trabalho monográfico de conclusão de curso (Graduação em Psicologia). Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2016.