



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Beatriz Madriaga Monteiro

**PESSOAS QUE FAZEM USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
Um estudo sobre os modelos de cuidado.**

Rio de Janeiro

2021

Beatriz Madriaga Monteiro

**PESSOAS QUE FAZEM USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
Um estudo sobre os modelos de cuidado.**

**Projeto de monografia apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz
(EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial
para aprovação no Curso Técnico em
Gerência em Saúde.**

Orientador(a): Marco Aurelio Soares Jorge

Rio de Janeiro

2021

RESUMO

Esse trabalho tem como objetivo refletir no contexto nacional, os modelos de cuidado de pessoas que fazem o uso prejudicial de álcool e outras drogas que buscam atendimento, a fim de compreender como se dá o processo de cuidado dessa população. Primeiramente foi feita uma breve argumentação histórica sobre como era a interação do homem com as drogas, esclarecendo como se deu a construção desses estigmas e como eles refletem até os dias atuais. Além de abordar questões como acolhimento, vínculo, integralidade, universalidade, equidade e outras dimensões do cuidado, em busca de soluções para um atendimento mais humanizado e compatível com os princípios e diretrizes do SUS.

O conceito de cuidado, segundo o dicionário Aurélio é desvelo, responsabilidade e atenção. Ou seja, é necessário o desvelo em relação a algo/alguém no qual nos responsabilizamos em dar a atenção. Na saúde, a ideia de cuidado não se distancia do dicionário, pois nela se tem como objetivo zelar pela saúde física e psicológica do indivíduo. No entanto, quando a ação de cuidar é colocada em prática, os trabalhadores de saúde que realizam esses cuidados são coerentes com essa definição? E quando se trata de grupos que são marginalizados como pessoas que fazem o uso prejudicial de álcool e outras drogas?

Palavras-chave: Cuidado; Usuário de Drogas; Princípios do SUS; Redução de Danos; Comunidade Terapêutica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 CAPÍTULO 1 – HISTORICIDADE DAS DROGAS.....	07
3 CAPÍTULO 2 – CUIDADO EM SAÚDE.....	17
4 CAPÍTULO 3 – CATEGORIA(S): DROGAS.....	28
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

INTRODUÇÃO

O termo 'saúde' é tratado por muitos como a ausência de doença. Isto se deve pelo fato do modelo da medicina curativa ter tratado o corpo humano como um conjunto de fragmentos e ligar a ideia ao bem-estar físico do indivíduo. Com a chegada do SUS no Brasil, esse conceito ganha outra perspectiva e passam a entender que o corpo pertence ao indivíduo que produz subjetividades e vive em um contexto. No entanto, quando se trata do cuidado no processo saúde/doença em relação à pessoa que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas, surge um terceiro elemento: o preconceito.

Apesar do uso de drogas atravessar toda história da humanidade, a datar seus primeiros relatos históricos antes do surgimento de Cristo, sendo alguns deles guiados por práticas religiosas que cultuavam aos Deuses, a exemplo dos gregos que acreditavam que o ritual iria “[...] produzir uma experiência extática de morte e ressurreição” (Escohotado, 2005). A problemática do uso prejudicial só recebe um olhar nosológico a partir de meados do séc. XVII com estudos que associaram o uso de álcool e outras drogas “[...] como possível causa externa de distúrbios mentais” (Pessotti, 1999).

O debate sobre o uso prejudicial de álcool e outras drogas só começa a se fortalecer e ganhar espaço a partir do século XIX, quando para os primeiros estudiosos a problemática era a pauta ser tratada na “[...] esfera religiosa e moralista, deveriam encontrar seu devido lugar sob o olhar criterioso da medicina científica” (Petuco, 2019). Com isso, a Europa migra da ideia de que:

A emergência do uso de álcool e outras drogas como problema de saúde contribuía para reforçar ideias de *insanidade moral* e *paralisia da vontade*, no rastro das teorias sobre degenerescência (BERRIDGE, 1994, p. 17)

E traz uma nova perspectiva sobre o uso prejudicial, no qual:

[...] a embriaguez constante decorreria de disfunções no sistema nervoso central, e surgem as primeiras considerações acerca de determinações genéticas para a dipsomania” (PETUCO, 2019, p. 36)

Ao passar dos anos, com o “[...] isolamento dos princípios ativos permitiu uma explosão de usos de drogas” (Petuco, 2019). No século XX, o campo das drogas começou a produzir estudos e desenvolver diversas vertentes teóricas. Mesmo com o avanço dos conhecimentos sobre drogas, ocorreu a Convenção Única de Entorpecentes (1961) com o objetivo de combater o uso de drogas, a partir disso, alguns países começaram a vigorar leis sobre o controle das substâncias. O Brasil também não estaria fora desse acordo de controlar as substâncias psicoativas, até porque o país passava por um período de golpe militar, onde o conservadorismo era instaurado. Além disso, para combater o uso abusivo, o Brasil “[...] passa a dispor de modelo repressivo militarizado centrado na lógica bélica de eliminação/neutralização de inimigos.” (Carvalho, 2007) fazendo com que surgisse o sistema repressivo que é encontrado até os dias de hoje.

As estratégias para reduzir o consumo de drogas Brasil, nem sempre obteve sucesso, pois pessoas foram submetidas a tratamentos psiquiátricos com internação compulsória; perseguidas e violadas com ações policiais. Apesar de ainda existir resquícios dessas violências, o país conseguiu avançar na questão do desenvolvimento de cuidados humanizados, ações preventivas e implementar leis, afim de reduzir os danos que a “guerra às drogas” produzem.

Entretanto, a atual conjuntura das políticas de drogas no Brasil caminha de forma retrógrada, com um retorno aos tempos em que os principais afetados por estas políticas (as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas) não têm o direito de participar de sua elaboração. O olhar conservador do Governo Federal presta um desserviço a essa parcela da população, que voltou a se tornar alvo de comunidades terapêuticas, acusadas até mesmo de cárcere privado (Intercept, 2019). Ao invés de produzir uma intervenção que transforme o olhar estigmatizado sobre esse grupo, as políticas públicas atuais reforçam (pré)conceitos, tratando as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas de forma única no processo de cuidado, com foco exclusivo na abstinência, e contribuindo para fazer com que esses indivíduos permaneçam à margem da sociedade.

Sendo assim, é importante a retomada aos princípios do SUS nas discussões que permeiam o campo das drogas, pois eles nos lembram que como a saúde é um direito, pessoas que fazem o uso prejudicial de álcool e outras drogas também devem obter acesso e acolhimento por parte desses serviços (universalidade); que se deve atender a todas as necessidades de um indivíduo, ou seja, qualquer pessoa pode apresentar doenças ou problemas de saúde ou mesmo demandas de caráter socioassistencial, inclusive as que usam álcool e outras drogas (integralidade); e que em cada sujeito existe uma problemática diferenciada e esta deve ser tratada de forma peculiar (equidade).

Este projeto foi motivado pela construção de conhecimento adquirida pelo Trabalho Integrado (TI) que é realizado com as turmas do 2º ano, cujo tema central era drogas. O objetivo geral, de modo resumido, é buscar respostas para as formas de cuidado, especificamente, no de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Os objetivos específicos são: a) compreender o contexto histórico do uso das drogas; b) entender os modelos de cuidado que guiam as práticas do cuidado de quem faz o uso prejudicial de álcool e outras drogas; c) Mapear as contradições que surgem nos múltiplos contextos das drogas.

Sobre a metodologia, configura-se na abordagem qualitativa, havendo uma revisão e análise da literatura relacionada ao tema por meio da busca nas bases de dados Lilacs e Scielo, tendo como referência os descritores: cuidado, redução de danos; usuário de drogas; princípios do SUS.

1 - HISTORICIDADE DAS DROGAS

O homem sempre fez uso de substâncias psicoativas desde os tempos pré-históricos. Sempre foi comum o uso de plantas e ervas naturais, de forma

natural ou através de infusões para a cura de doenças ou para proporcionar prazer ou alívio de sofrimentos e dores. A natureza promovia a resposta para as enfermidades que o homem possuía, já que, a doença faz parte da natureza do homem. Apesar das substâncias presentes na natureza terem o objetivo de curar, alguma delas apresentam riscos ao organismo, mas é necessária atenção a cada organismo e “[...] a proporção entre dose activa e a dose mortal, porque é só a quantidade que distingue o remédio do veneno” (ESCOHOTADO, 2004).

Na Grécia, o uso de álcool e outras drogas (especialmente o ópio) era defendido por teorias nas quais os indivíduos deveriam saber as suas limitações para o seu uso. Eles acreditavam que o sujeito que realizava o uso ideal era aquele “[...] que não tem mais desejos, mas aquele que deseja com moderação, não mais do que convém, nem quando não convém” (FOUCAULT, 2006). E na familiaridade do organismo com as substâncias psicoativas, pois assim “[...] lhes tira o veneno, porque deixam de intoxicar quando a nossa constituição as aceitou e prevalece sobre elas.” (Hist. Plant., IX apud. ESCOHOTADO, 2004, p. 24). Ou seja, o que nós consideraríamos como um vício ou mau costume, eles entendiam como forma de prevenção.

Por parte dos romanos, a ideia de drogas fugia do caráter sobrenatural, já que eles reproduziam os mesmos pensamentos dos gregos. Eles acreditavam que as substâncias poderiam provocar morte ou cura, como diz a *lex Cornelia*:

Droga é uma palavra indiferente, onde cabe tanto o que serve para matar como o que serve para curar, e os filtros de amor, mas esta lei só reprovava o que for usado para matar alguém. (ESCOHOTADO, 2004, p. 31)

Apesar do ópio ser a droga mais consumida no mundo antigo seja de modo farmacológico; recreativo ou eutanásico, o vinho também era bem difundido entre os romanos, embora um costume imemorial excluísse as mulheres e os menores de trinta anos (ESCOHOTADO, 2004, p. 33). Em consequência disso, ocorriam conflitos pessoais e coletivos, como:

[...] um patrício matou a esposa quando a descobriu a beber, e refere também o caso de uma infeliz solteira, condenada pela sua família a morrer de fome porque foi apanhada a abrir o armário onde estavam as chaves da adega (ESCOHOTADO, 2004, p. 33)

Com a chegada do Cristianismo, a relação do Império Romano com as drogas toma uma outra diretriz. Apesar do vínculo com o vinho, a religião católica conservadora foi radicalmente contrária ao consumo de substâncias psicoativas. Tanto que no período da inquisição houve perseguições, torturas e mortes de mulheres consideradas bruxas e nativos devido as práticas ancestrais de uso de drogas em contextos religiosos (ESCOHOTADO, 2004 apud. PETUCO, 2019, p. 33).

Embora a Igreja Católica regesse a Europa com suas práticas e dogmas, como a repulsão ao uso de substâncias psicoativas, o período das Cruzadas fez com que os europeus se familiarizassem com os conhecimentos islâmicos sobre fármacos e drogas, e contraditoriamente, tornou-se comum que médicos europeus prescreverem drogas aos pacientes, principalmente “[...] o uso de ópio por parte dos médicos hipocráticos” (ESCOHOTADO, 2004).

Durante a Idade Média, com toda aversão às drogas instaurada pelo Cristianismo, as mulheres passaram a tomar a posição de censuradas ao consumo de drogas para serem incriminadas pela mesma, pois “[...] cristalizava-se a associação de drogas não alcoólicas à bruxaria, à sensualidade e às mulheres” (ESCOHOTADO, 2004 apud. PETUCO, p. 33, 2019). Fazendo com que elas fossem julgadas como perversas e ilegais.

Em contrapartida, com a chegada do Renascimento, “[...] as drogas tornam-se propriedade dos homens de ciência” (ESCOHOTADO, 2004 apud. PETUCO, p. 35, 2019). Ou seja, a droga saiu do lugar de ilegal e se transformou em um objeto de estudo de homens, julgados como indivíduos sábios e pensantes.

Uma dessas figuras é Paracelso, um médico, alquimista e defensor do ópio do século XVI. Ele marca o início da farmacologia assimilando “[...] não só as práticas clássicas, mas também os achados dos feiticeiros da Idade Média” (ESCOHOTADO, 2004). Isso fez com que todos entendessem que as propriedades de algumas plantas tinham grande serventia por serem uma medicina pura e saudável. Paracelso acabou por desmistificar o imaginário das bruxas perante a população e fascinou os médicos europeus quando disse na cátedra de Basileia:

“[...] há já boticários que usam remédios de bruxa com simples alterações da apresentação: em vez de pomadas e filtros, fornece-os sob a forma de pastilhas, xaropes e tinturas” (ESCOHOTADO, 2004, p. 61)

Outros nomes surgiram a partir de estudos debruçados sobre o ópio. Alguns deles são: Gessner, Hostium e Platter (triumvirato do ópio); Van Helmont (iatroquímica ou farmacologia científica); Thomas Sydenham (maior médico inglês de todos os tempos); entre outros renomados. Com o passar do tempo, as publicações sobre fármacos e suas receitas ao serem relidas é notório que “[...] há poucas diferenças substanciais entre a composição de analgésicos e as infernais preparações de algumas bruxas” (ESCOHOTADO, 2004). Ou seja, a farmacologia esteve presente de alguma forma na sociedade, mas era discriminada e rechaçada por ser um saber não científico por parte das mulheres medievais, e apenas se destaca e transforma-se numa das maiores indústrias do mundo quando os homens se apropriam e utilizam de outra nomenclatura para essas substâncias.

1.1 - O nascimento do hospital

Em paralelo ao período das Cruzadas, a Europa lidava com outra questão emergente; a lepra. Essa doença assombrou todo o continente, em resposta a isso, desenvolveu-se um “[...] dispositivo destinado à segregação dos leprosos que está na gênese de uma das mais importantes estratégias de manejo dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas” (PETUCO, 2019). Os leprosários disseminaram-se por todo continente europeu, a fim de erradicar a doença que veio a desaparecer no século XV.

Mesmo com o desaparecimento da lepra, as estruturas dos leprosários não tinham essa mesma autonomia. Sendo assim, esses lugares permaneceram por séculos em total abandono, pois ali habitava os valores e as imagens que tinham aderido o personagem do leproso; e o sentido dessa exclusão (FOUCAULT, 2004, p. 9). Com o passar dos séculos, um grupo conhecido como indesejável composto por: Pobres, vagabundos, presidiários, “cabeças alienadas” e loucos vão assumir tanto o espaço, quanto o papel abandonado que os leprosos ocupavam.

O Hospital Geral surge superficialmente como uma forma de reorganização administrativa, é um acoplado de estabelecimentos já existentes que são governados por uma única administração (FOUCAULT, 2004, p. 57). A princípio, seria uma casa de retiro para aqueles que serviram ao exército e eram considerados inválidos. Em seguida, foi destinada a todos os pobres de Paris. Eram aceitas pessoas de “[...] todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis” (FOUCAULT, 2004).

O propósito do Hospital Geral estava muito distante da ideia médica (mesmo com as duas visitas semanais dos médicos contratados), sua organização tinha como objetivo afastar do convívio social as pessoas que incomodavam a monarquia e a burguesia francesa. Sua estrutura é “[...] semi-jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais decide, julga e executa” (FOUCAULT, 2004). Por essas instituições serem dirigidas pela elite da época, as internações e as práticas de torturas de pessoas das classes desfavorecidas eram de forma assegurada.

Para tanto, os diretores disporão de: postes, golilhas de ferro, prisões e celas no dito Hospital Geral e nos lugares dele dependentes conforme for de seu parecer, sem que se possa apelar das ordens por eles dadas dentro do dito Hospital; e quanto às ordens que interfiram com o exterior, serão executadas em sua forma e disposição não obstante quaisquer oposições ou apelações feitas ou que se possam fazer e sem prejuízo daquelas, e para as quais não obstante não se concederá nenhuma defesa ou exceção. (FOUCAULT, 2004, p. 50)

Não demorou muito para que a ideia do Hospital Geral se disseminasse por toda Europa. Na França, um “[...] édito do rei, datado em 16 de junho de 1676,

prescreveu o estabelecimento de um 'Hospital Geral em cada cidade do reino' ” (FOUCAULT, 2004). Muitos desses lugares passaram a ser mantidos por ordem religiosa, e tinham que realizar “[...] leituras, ofícios, orações, meditações” (FOUCAULT, 2004). Em segundo plano, utilizavam-se dos moradores do Hospital para gerar da mão de obra barata, como forma de “ocupação” para os internos.

Com a chegada da concepção médica da loucura, realmente transformou o Hospital Geral em uma instituição médica. René Descartes utilizou o seu método cartesiano para formar grupos com problemáticas similares. Seu objetivo era compreender as diferentes condições nosológicas dentro de cada classe.

Apesar do olhar nosológico de Descartes, a medicalização do uso prejudicial de álcool e outras drogas só surgiu no século XVII com o destaque das classificações de Félix Platter no qual ele considerava o uso de drogas “[...] como causa externa de distúrbios mentais” (PESSOTI, 1999 apud PETUCO, 2019, p.35). Já no século seguinte, com o “[...] progresso da fisiologia e da anatomia patológica, os critérios de diagnósticos tinham se multiplicado, gerando classificações mais minuciosas” (PESSOTI, 1999). Desde Hipócrates, as definições dos termos “mania” e “melancolia” eram reduzidas, mas foram suficientes para a descrição de todas as categorias de distúrbios mentais não febris (PESSOTI, 1999, P. 17).

Ainda que os primeiros estudos realizados no século XVIII deram base para o progresso da medicina sobre o uso prejudicial de álcool e outras drogas, apenas o século XIX foi que o processo teve força, e os pioneiros defendiam a ideia de que a problemática sobre o uso prejudicial “[...] até então tratados na esfera religiosa e moralista, deveriam encontrar seu devido lugar sob o olhar criterioso da medicina científica” (PETUCO, 2019).

Da segunda metade do século XVIII até o século seguinte, houve transformações que reorganizaram de forma brutal a configuração de como o homem se relacionava tanto com o trabalho, quanto no meio social. A 1ª fase da Revolução Industrial propiciou um novo cenário mundial. Com a chegada das máquinas, houve uma inovação das técnicas comerciais; o campo perdeu seu espaço para os subúrbios das grandes cidades devido ao êxodo rural; além das incontáveis mudanças econômicas e sociais.

No campo das drogas, esse processo não seria distinto. As novas abordagens sobre o uso prejudicial de álcool e outras drogas, no século XIX, na Europa trouxe a concepção de que “[...] a embriaguez constante decorreria de disfunções no sistema nervoso central, e surgem as primeiras considerações acerca de determinações genéticas para a dipsomania” (PETUCO, 2019). Entretanto, ainda havia pautas que eram corroboradas como as “[...] ideias de *insanidade moral* e *paralisia da vontade*, no rastro da teorias sobre degenerescência” (BERRIDGE, 1994 apud PETUCO, 2019, p. 36).

O avanço da tecnologia possibilitou outras formas de usar drogas, não somente na esfera medicinal, mas principalmente com a capacidade do isolamento dos princípios ativos que fizeram com que as houvesse incontáveis formas de consumi-las. Em consequência disso, elas deixaram “[...] de ser vegetais mais ou menos mágicos, ligados a ritos e sacramentos” (ESCOHOTADO, 2004).

Os fármacos ditos como puros começaram a ser isolados no século XIX, e possibilitaram uma maneira mais prática de manusear as drogas, pois “[...] não era preciso transportar massas vegetais corruptíveis de um sítio para o outro, porque numa simples maleta cabiam hectares de cultivos” (ESCOHOTADO, 2004). Seu isolamento dura aproximadamente um século, iniciando-se com a:

“[...] morfina (1806), para seguir com a codeína (1832), atropina (1833), cafeína (1841), cocaína (1860), heroína (1883), mescalina (1896), barbitúricos (1903) e o uso como anestésico do éter, clorofórmio e óxido nitroso (o gás do dentista), entre outras substâncias psicoativas” (ESCOHOTADO, 2004, p.84)

O ópio sempre foi a droga mais consumida desde o mundo antigo. Seu uso recreativo era frequente na época dos gregos e romanos. Por ser uma substância psicoativa, sofreu repressões com a ascensão da Igreja Católica, mas se reconfigurou como chá para conter diversos sintomas e tipos de dores. O efeito da sua substância produziu elogios dos mais elevados, como no ano de 1700, em um extenso tratado sobre o ópio que podia minimamente resumir o prestígio que a droga recebia na época:

“Faz a dádiva de sonhos agradáveis, liberta do medo, da fome e da dor, e assegura a quem o consome regularmente pontualidade, tranquilidade de espírito, presença de alma, rapidez e sucesso nos negócios, segurança de si mesmo, esplendidez, controlo de espírito, valentia, desprezo pelos perigos, cordialidade, força, satisfação, pacificação da consciência e imparcialidade. (...) Milhões de pessoas podem confirmar o meu testemunho” (ESCOHOTADO, 2004, p. 75)

Um século mais tarde, o enaltecimento do ópio surgiu em um poema chamado “Fausto” do escritor alemão Johann Wolfgang von Goethe, onde o personagem principal se referia ao ‘encantador suco narcótico’ (ESCOHOTADO, 2004, p. 76). Assim como o vinho e os remédios, o ópio também era facilmente encontrado nas casas européias para ser consumido como chá em função de melhoria para aqueles que estivessem sentindo algum incômodo. Entretanto, algumas pessoas, em especial artistas consumiam doses altíssimas de forma com que não houvesse escândalo.

Na Ásia, a quantidade consumida diariamente era muito maior que na Europa, alguns países ingeriam o ópio como alimento. Ainda assim, era possível que alguns não demonstrassem a fraqueza ou desânimo que o efeito causa e isso se deve pelo fato de que “[...] o ópio na Bacia Mediterrânica e na Ásia Menor pode chegar aos

16% de morfina, enquanto o Bengali raras vezes atinge os 8%, e o chinês costumava ficar abaixo dos 7%” (ESCOHOTADO, 2004).

Quando os europeus descobriram rotas mais fáceis para chegar à China, durante o período da expansão marítima e com produtos que possuíam altas qualidades, não demorou muito para haver uma crescente importação do ópio por parte dos chineses. A primeira proibição de importar dormideiras da Europa, mas não do plantio na China, ocorreu em 1729, durante a liderança do imperador manchu Yun-cheng com a justificativa de que a troca de chá, especiarias e seda pela droga danificava as reservas de imperiais metais preciosos (ESCOHOTADO, 2004, p. 78).

Já em 1793, a proibição do ópio foi mais severa, não podendo ocorrer importação nem plantio, o imperador Chia-Ching argumentou que “[...] antes usavam a droga camponeses e pessoas de reputação duvidosa, mas alargou-se a membros de boas famílias, estudantes e funcionários” (ESCOHOTADO, 2004). Contraditoriamente, “[...] ele próprio, as suas concubinas os seus generais e os seus cortesãos – generosíssimos consumidores de ópio até ao fim da dinastia” (ESCOHOTADO, 2004). Mostram que a proibição não passava de uma estratégia política.

Em 1838, durante o império de Tao-Kuang, o mandarim Lin Tse-Su exporta pelo mar quase 1400 toneladas de ópio. Em consequência disso, os ingleses declararam guerra à China que perdeu na primeira disputa. Mesmo com a comercialização proibida por parte da Inglaterra, os chineses contrabandearam mais de cinco milhões de quilos (ESCOHOTADO, 2004). Ao eclodir a segunda Guerra do Ópio, a China perdeu novamente e nada se alterou em relação à proibição dos ingleses.

Em contrapartida, a China legalizou a importação e o consumo. Mais tarde, ela consentiu na plantação da dormideira, criou programas de informação pública e abriu centros de desintoxicação para aqueles que desejavam desabituar-se ao uso do ópio (ESCOHOTADO, 2004, p. 80-81). A comercialização do ópio ascendeu de forma tão acelerada que em pouco tempo a China conseguiu fornecer sua demanda interna e ameaçou expandir-se por todo mercado asiático. Ao observar esse crescimento desacelerado, a Inglaterra contesta e seu parlamento diz que a venda do ópio em grande escala é “uma empresa moralmente injustificável” (ESCOHOTADO, 2004, p. 81).

O século XX é comumente reconhecido por muitos avanços tecnológicos. Em contrapartida, também foi quando surgiu a primeira onda do proibicionismo. De antemão, é necessário entendermos que o proibicionismo é a doutrina que orienta a ação do Estado no sentido da proibição de determinadas mercadorias ou práticas. Diante disso, os Estados Unidos foram um dos pioneiros na abordagem proibicionista do uso álcool e outras drogas. É possível encontrarmos interpretações sobre a temática em 1785, com o líder político, Benjamin Rush:

“No futuro será assunto de o médico salvar a humanidade do vício, tanto como até agora o foi do sacerdote. Concebamos os seres humanos como pacientes num hospital; quanto mais se resistir aos nossos esforços para servir, mais serão necessários os nossos serviços” (ESCOHOTADO, 2004, p. 92)

O trecho de B. Rush nos apresenta uma associação com a igreja quando ele assume que o papel de salvar as pessoas que fazem o uso prejudicial de álcool e outras drogas seria dos médicos, mas os sacerdotes que estariam exercendo essa função. Não é à toa que vozes puritanas levantaram a bandeira a favor do controle do fornecimento e do uso de álcool e outras drogas, pois “[...] associam-se agora a grupos definidos por classe social, religião ou raça” (ESCOHOTADO, 2004). Não demorou muito para que a Associação Médica Americana e a Associação Farmacêutica se juntassem a eles com interesse político afim de controlar as demais drogas (ESCOHOTADO, 2004, p. 93).

A partir deste ponto, o debate das drogas torna-se baseado nas figuras que desejam punir a liberdade do uso de drogas e restringir ao uso medicinal. Os EUA queriam disseminar essa ideia do proibicionismo em nível mundial. Com isso, realizaram a Conferência de Xangai, em 1906, com o objetivo de discutir a “cruzada” contra a cocaína; o ópio e a morfina, mas não obteve o sucesso desejado por parte dos países europeus.

Mais tarde, começa a vigorar a Lei Seca no país, na qual se proíbe a produção, comércio e transporte de bebidas alcoólicas. Ao contrário do que se esperava, a 18ª emenda da Constituição dos Estados Unidos gerou “[...] meio milhão de novos delinquentes, e corrupção a todos os níveis” (ESCOHOTADO, 2004). A proibição do álcool fez com que médicos receitassem destilados por preços exorbitantes; permitiu que agentes da proibição (*Prohibitionagents*) praticassem os mais diversos tipos de repressão; e as propriedades das bebidas alcoólicas tornaram-se venenosas, o que causou paralisia, cegueira e a morte de aproximadamente 30 mil pessoas (ESCOHOTADO, 2004, p. 100).

Em 1933, a 18ª Emenda da Constituição dos EUA é revogada. Com a legalização do álcool, outras drogas começaram a ser visadas e o alvo da vez se torna a “marijuana”. Harry Jacob Anslinger foi a figura que trouxe a pauta da proibição da droga, ele era um policial antiálcool e defensor da ideia de medidas de repressão. O surgimento da lei nasceu em um contexto xenofóbico, pois ele utilizou de um dossiê “(...) com protestos de associações de moradores contra mexicanos consumidores de marijuana, para apoiar a sua convicção de que essa substância produzia ‘irrefreáveis inclinações à violência e à luxúria’ ” (ESCOHOTADO, 2004). Após as propostas serem rejeitadas frente ao Congresso por especialistas da área médica e da saúde mental, além de estudos que concluíam que “[...] não era aconselhável impedir a venda ou uso de marijuana” (ESCOHOTADO, 2004). A *Marihuaja TaxAct* (lei que tributa a marijuana) é aprovada por unanimidade, sem oposição, diálogos ou qualquer representante desse campo das drogas.

Com a chegada da Primeira Guerra Mundial os avanços não foram somente tecnológicos, mas também no campo da saúde mental. De acordo com Berridge (1994, p.21):

“[...] as “neuroses de guerra” provocaram sérios abalos às concepções de degeneração hereditária como explicação para problemas associados ao uso de álcool e outras drogas, contribuindo para o fortalecimento de uma vertente até então desprestigiada: a psicanálise” (apud PETUCO, 2019, p. 39)

A possibilidade de isolar os princípios ativos das drogas, um dos alcalóides do ópio ganha destaque e a morfina se torna o “[...] mais notável medicamento descoberto pelo homem” (ESCOHOTADO, 2004). Sua fama se produz por acalmar e aliviar dores severas, isso fez com que durante as guerras, os hospitais de campanha ficassem mais tranquilos com a ausência dos gritos e gemidos de dor.

Por outro lado, isso causou uma dependência da substância, países como a Inglaterra tiveram uma crescente considerável após a 1ª Guerra Mundial, os principais afetados foram os ex-militares por realizarem grande uso da morfina afim de amenizar suas dores. Além de apresentarem problemas psicológicos, as neuroses traumáticas.

Alguns anos após o fim da 1º Guerra, surge então a Redução de Danos (RD) com práticas de cuidado direcionado “[...] às pessoas que tentavam parar com o uso de morfina, mas que padeciam de terríveis sofrimentos em decorrência de severas crises de abstinência” (PETUCO, 2019). Seu objetivo era fazer com que houvesse melhorias nas suas condições de saúde sem que a abstinência fosse o único caminho do processo de cuidado.

Na década de 1980, surge uma epidemia que assusta o mundo, o HIV/Aids. No conhecimento presente na época, a infecção estava relacionada à sexualidade e ao uso de seringas e objetos compartilhados. Em decorrência de prevenir a transmissão do HIV, nasce na Holanda, uma segunda abordagem de redução de danos, a disponibilização de seringas para pessoas que fazem uso de drogas injetáveis. A temática da Redução de Danos no mundo, foi abordada em 3 fases: “[...] num primeiro momento, as terapias de substituição; num segundo, as trocas de seringas; num terceiro, a redução de danos entendida como paradigma, como princípio ordenador, como diretriz do cuidado” (PETUCO, 2015).

Segundo Dênis, no Brasil, apesar das dificuldades iniciais, a RD permitiu uma nova abordagem das pessoas que usam álcool e outras drogas por parte dos profissionais e das políticas de saúde. Por aqui, o desenvolvimento da estratégia também passou por três fases: **1) RD Aids:** década de 1990 que tinha o intuito de disponibilizar seringas para diminuir o índice de infecção viral por meio de drogas injetáveis; **2) RD Saúde Mental:** início dos anos 2000 que se utilizava da ética de acolhimento da RD sem restringir-se à prevenção de doenças infectocontagiosas; e

3) RD Desenvolvimento Social: a partir de 2010 que buscou o acolhimento e a reintegração do indivíduo, facilitando o acesso a políticas públicas de trabalho, renda, moradia, proteção e outros. Devido aos avanços de políticas públicas no âmbito da saúde, desde 2003, a redução de danos é considerada a diretriz para o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas no contexto do SUS, inclusive nos serviços da Atenção Básica.

O tema das drogas vem sendo discutido há mais de dois mil anos, sempre pautado no interesse pessoal, onde grupos minoritários estabelecem regras sobre as substâncias e os indivíduos. No entanto, no contexto da saúde o debate nunca teve um alcance mundial antes dos anos 50. Mesmo sendo milenar, em poucos anos, o campo das drogas se transformou com a chegada das abordagens sobre a saúde do usuário, conquistou comitês especializados; entrou como pauta da Organização Mundial da Saúde e foi além, observando quais melhorias no cuidado de pessoas com sofrimento psíquico podiam ocorrer, o que fez com que as técnicas de cuidado e as políticas públicas sofressem transformações. A união entre a Redução de Danos e a luta antimanicomial virou uma potência e se popularizou como “movimento da reforma psiquiátrica”.

Obviamente, ainda persistiram as contradições; investimentos em repressão e o objetivo de “(...) erradicar o ópio em 15 anos, cocaína e maconha em 25; não obstante, a produção e o consumo não apenas não diminuíram como aumentaram muito, sem falar no surgimento de novas drogas” (JELSMA, 2008 apud. PETUCO, 2019, p. 41).

Com o passar das décadas, os anos 70 surge com a preocupação das definições e nomenclaturas utilizadas em relação ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Ela busca utilizar uma expressão com um cuidado maior, afim de não disseminar ainda mais o preconceito com pessoas que fazem uso da mesma. Ainda havia a necessidade de os termos atenderem “(...) aos interesses médicos, mas que ao mesmo tempo fosse capaz de enfrentar as críticas da sociologia e da psicologia” (PETUCO, 2019). Diante disso, a Organização Mundial da Saúde registra o alcoolismo e a adicção como “problemas relacionados ao álcool e às drogas”. O termo gera um consenso entre as esferas, pois aponta que há um contexto por trás do uso, seja social ou pessoal, além de desmistificar que “(...) não há tanta importância no ato de beber ou usar drogas em si mesmo, mas sim nos problemas que eventualmente possam decorrer deste ato” (BERRIDGE, 1994, p. 25 apud PETUCO, 2019, p. 41).

Pode parecer pouco, mas um olhar atencioso para determinado problema pode gerar técnicas que causam mudanças em esferas pessoais, públicas e podem ganhar proporções mundiais. O campo das drogas ainda precisa de muito investimento para realizar pesquisa e estudos, as barreiras do preconceito ainda provocam tabus nos debates. Mesmo assim, a luta pelas políticas públicas sobre

drogas resiste e persiste em continuar causando avanços na esfera da educação, da segurança e do cuidado pela saúde.

2 - CUIDADO EM SAÚDE

O conceito de cuidado, segundo o dicionário Aurélio (2010, p. 212) é desvelo, responsabilidade e atenção. Ou seja, é necessário o desvelo em relação a algo/alguém no qual nos responsabilizamos em dar atenção. Na saúde, a ideia de cuidado não se distancia do dicionário, pois nela se tem como objetivo zelar pela saúde física e psicológica do indivíduo. No entanto, quando a ação de cuidar é colocada em prática, os trabalhadores de saúde que realizam esses cuidados são coerentes com essa definição? E quando se trata de grupos que são marginalizados como pessoas que usam álcool e outras drogas?

É considerável a diferença entre cuidado e tratamento, ainda que, ambos possuam significados semelhantes. No entanto, o cuidado “[...] visa despertar, acordar, estimular as capacidades de viver do paciente, uma vez que a finalidade primeira dos cuidados de enfermagem é permitir transpor um limiar, ultrapassar uma etapa, comunicar vida” (Borges e Silva, 2010). Tendo um olhar mais subjetivo sobre o indivíduo, ele consegue humanizar as relações do trabalhador para com o paciente e faz com que ele se sinta singular. Já o tratamento é entendido como uma ação mais direta que “[...] busca apenas circunscrever a doença, detê-la, atenuar os seus efeitos, limitando seus prejuízos” (Borges e Silva, 2010). Sua forma de lidar com a enfermidade anula em partes a noção de que o sujeito é complexo e integral, e foca apenas na cura de sua doença.

É possível afirmar que não há como separar o processo do tratamento das linhas de cuidado, mas o cuidado pode ocorrer sem o tratamento. Cuidar não é curar/tratar, e sim desenvolver atitudes e comportamentos que “[...] visem aliviar o sofrimento, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer” (Borges e Silva, 2010). Ainda assim, o cuidar e o tratar não podem se afastar, pois “[...] as duas ações fundam os pilares das habilidades técnica e interpessoal requeridas no campo de competência do cuidar profissional” (Borges e Silva, 2010).

Após uma compreensão mínima da distinção entre cuidado e tratamento, ainda não é adequado avançar para a prática do cuidado sem antes mencionar um elemento importante: o encontro. Pois é por meio do encontro que o trabalhador e o usuário iniciam o processo de cuidado, ele direciona a forma como ambos vão lidar

com essa dinâmica que se constrói e que muda constantemente, isto se deve pelo fato dos sujeitos (trabalhador e/ou usuário) se transformarem “[...] a cada momento, com base nos múltiplos encontros, e por efeito dos afetos” (Franco, 2015). Todo encontro é singular, “[...] e os acontecimentos não estão no polo do trabalhador ou do usuário, mas no ‘campo de consistência’ que se forma entre eles, que o trabalho se abre para possibilidades de ação não esperadas ou previstas” (Franco, 2015). Ou seja, mesmo que os usuários apresentem a mesma enfermidade, suas condições, subjetividades e a forma como interagem nesses encontros afeta no processo de cuidado. Deste modo, não existe uma separação entre cuidar e ser cuidado, ambos se tornam sujeitos do processo de cuidado. Não há como um trabalhador de saúde exercer seu papel sem o usuário que produz sintomas/demandas para ser cuidado. Em contrapartida, o usuário é também o responsável direto pelos caminhos construídos a partir dos encontros.

Segundo Espinosa, (apud Deleuze, 2002) os encontros fazem circular afetos entre os sujeitos, sendo eles “paixões alegres” ou “paixões tristes”, decorrentes dos bons ou maus encontros. Quando os sujeitos realizam um mau encontro, ou aquele que produz tristeza, o que “[...] reduz a potência vital do sujeito, ele se torna produtor de morte nele mesmo, é o caso de situações em que o usuário “esquece” de tomar o medicamento, não se cuida, não procura ajuda” (Franco, 2012). Ou seja: os corpos envolvidos diminuem a capacidade de agir. Todavia, caso aconteça um bom encontro, ou aquele que produz alegria, “[...] ele aumenta a potência vital, é o caso em que o usuário produz vida em si mesmo, fazendo autocuidado, procurando interagir com o mundo, socializar-se, ser produtivo, enfim, age no mundo com base em iniciativas de produção de si como sujeito” (Franco, 2012). Ou seja: os corpos envolvidos aumentam sua capacidade de agir, eles se expandem.

Apesar dos encontros tidos como ideais serem um lugar de acolhimento, desarmado e livre de preconceitos, que fazem com que pessoas que usam de forma prejudicial o álcool e outras drogas, permitam os trabalhadores de saúde conhecerem suas problemáticas para além do uso de drogas, ainda existem profissionais que realizam acolhimentos condicionados. Esse tipo de encontro geralmente é embasado em um conjunto de preconceitos onde o trabalhador projeta uma expectativa e desejo que faz com que haja uma espécie de morte da identidade daquele sujeito que por muitas vezes se comporta nos lugares de maneira

inadequada e por vezes com atitudes de confronto ou agressiva, está malvestido ou há dias sem ter tido nenhum cuidado de higiene. A partir daí, sua escuta já deixa de ser acolhedora e por muitos momentos desencoraja a pessoa que usa álcool e outras drogas a procurar ajuda para suas questões.

Esta questão do acolhimento sob condições foi, com algumas diferenças, abordada por Paulo Freire (1996), ao falar sobre o conceito de *dialogicidade verdadeira*:

É nesse sentido que a dialogicidade verdadeira, em que os sujeitos aprendem e crescem na diferença, sobretudo no respeito a ela, é a forma de estar sendo coerentemente exigida por seres que, inacabados, assumindo-se como tais, se tornam radicalmente éticos. (FREIRE, 1996, p.31)

Por isso é importante que trabalhadores de saúde não tenham um olhar preconceituoso que constrange e inferioriza essas pessoas, pois é mais uma barreira que esse grupo que sofre estigmas precisa enfrentar para ter acesso a um direito básico que é a saúde. Além disso, quando as pessoas sentem que não podem ser quem são, elas acabam mentindo sua realidade.

A relação do trabalhador de saúde com o usuário é muito semelhante ao do educador-educando, onde há uma relação pré-estabelecida entre um indivíduo que fala e outro que escuta. Não se permite diálogo, nem troca de conhecimento entre eles. É como se o saber fosse propriedade apenas de um (trabalhador/educador) e o outro (usuário/educando), conseqüentemente, era um ser vazio. No entanto, essa relação sofre transformações e avança quando se é deixado esse protagonismo do trabalhador/educador e entende que, não há mudança sem a participação do usuário/educando. Sendo assim, compreende-se que:

[...] o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os 'argumentos de autoridade' já, não valem (FREIRE, 1987, p.39).

Quando essa relação pré-estabelecida de que, um fala e outro escuta avança é comum observarmos no cuidado de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e

outras drogas esse equívoco de dar luz somente ao objeto “droga”, invalidando toda a vivência daquele indivíduo. A pessoa que faz uso de drogas é taxada como drogada ou doente, como se a problemática se relacionasse apenas com o consumo, a matéria em si, e o indivíduo e a sua subjetividade ficam como “segundo plano”, sendo automaticamente negada toda a sua subjetividade. Porém, a reflexão que deve ser feita vai muito além disso, pois “[...] o efeito de uso depende de três elementos inter-relacionados: o sujeito, a substância e o contexto” (ZINBERG, 1984 apud. GODOY, 2017. p. 138).

Em decorrência dos estigmas impostos à pessoa que faz o uso prejudicial de álcool e outras drogas, principalmente no caso daquela que faz o uso de substâncias ilícitas, é recorrente esse indivíduo se posicionar de forma com que o mesmo “(...) seria merecedor de toda sorte de abandono e/ou punição” (ALENCAR, 2020). Isso além de reforçar o discurso, cria barreiras ao sujeito no momento da procura por ajuda, pois traz um sentimento de exclusão e de não pertencimento de usufruir de algum direito.

Antes de abordarmos sobre direito, ao observar o capítulo anterior, é perceptível que a pauta sobre drogas ainda se é um recém-nascido em comparação ao tempo que ela existe no mundo. Seguindo dessa lógica, é necessário entender que no contexto nacional, esse embrião que são as drogas pautadas no âmbito da saúde, educação e segurança, ainda são políticas públicas que tem muito a evoluir, mas que foram se desencadeando a partir de demandas da população.

A Reforma Sanitária (1970) foi um dos movimentos na luta contra a Ditadura Militar no Brasil. Sua bandeira carregava ideais de transformações no cenário da saúde pública, visando melhores condições de saúde à população. Foram desenvolvidos diversos estudos que produziram debates políticos. Seu marco foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), dois anos antes das propostas da Reforma Sanitária serem executadas e oficializarem o Sistema Único de Saúde (SUS) juntamente à Constituição Federal de 1988.

O SUS é conhecido mundialmente como um dos poucos sistemas de saúde pública que garante um atendimento integral e 100% gratuito. Além disso, o Sistema Único defende um conceito de saúde ampliado, previsto na Lei 8.080, onde:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990)

Ao desconstruir a ideia de que saúde é a ausência de doença, o SUS consegue alcançar um debate de alto nível em relação às subjetividades de cada indivíduo, indo além da promoção e prevenção da saúde física, mas do conjunto de complexidade que é a vida do ser humano. Ele observa e contextualiza os diversos fatores internos e externos que interferem na vida do sujeito, isso se aplica também aos casos de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, pois elas estão inseridas em contextos sociais e econômicos que interferem na maneira como ocorre a interação com essas substâncias.

Assim como todo sistema, o SUS também possui princípios e diretrizes que são engrenagens e fazem o papel de potencializar a assistência prestada à população. Retomando a questão de direitos, o princípio da universalidade assegura que todo cidadão, em território nacional deve ter acesso e acolhimento, livre de questões de raça, religião, sexo, entre outros diversos preconceitos que atravessam nossa sociedade, podendo encontrar em todos os níveis de assistência, atenção à saúde com serviços de melhores qualidades.

Depois de passar pela porta de entrada do SUS, todo indivíduo é visto igualmente em direitos, mas diferente em necessidades. Esses contrastes devem ser observados e supridos de maneiras diferentes, pois os direitos são iguais, mas os contextos sociais e econômicos diferem os sujeitos. Para igualar essas diferenças, a equidade traz um conceito complexo, mas rico em cuidados que buscam fazer com que as demandas daqueles que mais carecem, sejam providenciadas ao ponto das diferenças se igualarem.

Completando esse tripé dos princípios, a integralidade no SUS é conhecida como olhar o sujeito como um todo, a fim de atender todas as suas demandas, não utilizar somente do olhar clínico que dividi o sujeito em pedaços e o resume à uma doença/problema de saúde. No entanto, essa palavra pode ser compreendida de

forma polissêmica, mas é preciso cuidado para não confundir a legitimidade de um conceito teórico que está em construção. Segundo Paim e Silva¹, ao analisarmos os sentidos de integralidade, podemos encontrá-lo em cinco condições: cuidado, prática, programa, política e sistema.

O cuidado integral¹ é o mais conhecido, dado pela assistência médica que observa a totalidade do sujeito, contextualizando a biologia, o psicológico e os aspectos socioculturais.

A prática integral¹ vincula os processos de trabalho com as diversas tecnologias, ou seja, ele monta uma estrutura para solucionar problemas baseados nas necessidades de cada sujeito.

O programa integral¹ atende demanda de diversos níveis, pois traça objetivos e disponibiliza recursos para responder as procuras da população.

As políticas públicas integrais¹, também podem ser integradas a partir da ação intersetorial dos governos que compartilham e pactuam através de redes de programas e projetos.

O sistema integral¹ realiza a comunicação entre políticas, programas, práticas e cuidados. As trocas nas diversas esferas poderiam solucionar os diversificados problemas e seus objetivos se desenvolveriam com maior efetividade.

Ao abordar os conceitos teóricos dos princípios nos quais o SUS é pautado, é importante pensar quais os tipos de assistência respondem a demanda da população que faz o uso prejudicial de álcool e outras drogas? Pois se o SUS presta acolhimento universal, atendendo as demandas integralmente, nos variados níveis de complexidade, é preciso entender as políticas que prestam serviços de qualidade à saúde desse público.

Os primeiros relatos que se tem em relação ao cuidado da pessoa que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas no Brasil iniciou-se em 1989, não coincidentemente em uma ação de Redução de Danos (RD). O Brasil enfrentava uma epidemia de HIV/Aids, onde uma das maneiras até então conhecidas por se contaminar, além de relações sexuais, era o compartilhamento de seringas para uso

¹PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS.

de drogas injetáveis. Na cidade de Santos, o compartilhamento de seringas foi proveniente por 50% dos casos. Com isso, foram desenvolvidas estratégias para conter o avanço de infecções, sendo uma delas a distribuição de seringas novas e descartáveis. Isso gerou revolta e repúdio por parte do governo do Estado que tomou a determinada medida:

“(…) Ministério Público de São Paulo, que utilizou a Lei nº 6.388 de 1976 (vigente à época) para julgar a iniciativa, pressupondo que, ao distribuímos seringas para conter a epidemia de aids, estaríamos auxiliando e incentivando as pessoas a utilizar drogas ilegais (o texto da Lei dizia: ‘induz, instiga ou auxilia alguém a usar entorpecentes’) e, portanto, nos enquadrado no crime de tráfico de drogas, com possíveis penas de 3 a 15 anos de prisão” (MESQUITA, 2020, pág. 11).

Não se esperava ao contrário de uma sociedade que sempre pautou as drogas no campo do proibicionismo, com ideais conservadores, recheados de tabus e pré-conceitos, mesmo se tratando de uma questão de saúde pública. Além disso, existem interesses políticos e econômicos que não entram em questão, a não ser a reflexão positiva de que as primeiras práticas de RD foram gatilhos para diversas discussões neste campo. O aumento da produção de estudos sobre drogas, contribuiu para o avanço com uma proporção tão grande, que houve impacto nas formas de cuidado de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, com embasamento científico.

Na prática, a Redução de Danos nunca ofereceu respostas concretas “(...) mas induzia elaborações inovadoras a partir de imperativos éticos” (PETUCO, 2020). Essa necessidade de reflexão sobre quais seriam as ações de cuidado que estariam dentro da noção da RD, estimulou e fez com que os profissionais de saúde repensassem inovadoras formas de cuidado para essa população. Para mais, vale atentar que os princípios da universalidade, equidade e integralidade que o SUS preconiza, também foram imprescindíveis para as respostas buscadas ao sentido da RD.

O “Projeto Caminhos do Cuidado” nasceu em 2013 e foi um dos pioneiros do que, segundo Dênis Petuco, seria chamado de 3ª fase da RD que está relacionada

com o desenvolvimento social. O Projeto foi pensado para ampliar os serviços de cuidado para pessoas em sofrimento psicossocial e que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas “(...) exigindo a mobilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, ensejando um processo formativo para trabalhadores de nível médio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em todo o Brasil” (PETUCO, 2020).

Outra estratégia na política nacional de atenção básica é o “Consultório na Rua” que busca alcançar a população em situação de rua, ofertando um trabalho de saúde “(...) de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados” (BRASIL, 2020)

Em 2011, o estado de Pernambuco alcançou um patamar elevado na cena da RD. O “Programa Atitude” surgiu com uma articulação multissetorial que permitiu tornar concreto o sentido de cuidado integral. Suas ações intervinham nos setores da “(...) proteção à vida, abrigo, testagem para o HIV, encaminhamento para CAPS-ad, geração de trabalho e renda, acesso à educação e cultura” (PETUCO, 2020)

A iniciativa do programa pernambucano desencadeou uma série de programas que promoviam iniciativas semelhantes à essa ao redor do país. Em 2013, a Bahia desenvolveu o “Corra Pro Abraço” que atuava nos diversos contextos da RD, mas também nas questões sociais que o uso de drogas trazia “(...) como a estigmatização dos usuários, a violência e o racismo institucional. A partir dessa estratégia, o programa oferece, por exemplo, orientação sobre como se portar diante de uma abordagem policial” (BAHIA, 2019)

No ano seguinte, São Paulo elaborou o projeto com maior visibilidade nacional dentro do campo da RD. O programa “De Braços Abertos” tinha como público alvo as pessoas que faziam o uso de crack, mais especificamente, os moradores do Bairro da Luz, ou a popularmente conhecida “Cracolândia”. Sua noção ampla da RD oferecia “(...) trabalho, renda e moradia, em articulação com um amplo cardápio de ofertas de saúde, educação, cultura, direitos humanos e assistência social, dentre outras políticas públicas” (RUI, FIORE, TÓFOLI, 2016 apud. PETUCO, 2020)

Contrapondo as diversas formas de cuidado que seguem linhas da RD. As Comunidades Terapêuticas (CT) são Organizações da Sociedade Civil (entidades privadas sem fins lucrativos). Elas apresentam um tratamento com enfoque na abstinência completa do sujeito que faz consumo prejudicial de álcool e outras drogas, além de oferecer um acolhimento condicionado aos indivíduos, no qual o sujeito precisa se comportar da maneira que a clínica acredita ser ideal.

As internações são baseadas na concepção de que separar o usuário do seu “(...) ambiente físico, social e psicológico, uma vez que este normalmente está associado à perda de controle e a um estilo de vida disfuncional” (BOLONHEIS-RAMOS e BOARINI, 2015). Pois assim, ele estaria distante dos pretextos e do fácil acesso às drogas. Um modelo que não é muito inusitado, visto que, podemos associá-lo à mesma lógica da criação dos leprosários no período das Cruzadas, no qual seu objetivo era separar os ditos “indesejáveis” da sociedade.

Assim como no período das Cruzadas, parte dessas instituições asilares tem grande influência religiosa que, utilizam de uma filosofia de devoção para a melhora/cura dos sujeitos, eles acreditam que “(...) as principais formas de recuperação e de reabilitação são a evangelização e a conversão religiosa” (RIBEIRO e MINAYO, 2015). O apoio religioso ao método da abstinência, também está muito ligado ao legado de Cristo, pelo fato de que “[...] dentro do que o cristão deseja está uma considerável medida de aflição porque a dor é bem-vinda por Deus sempre que constitua uma mortificação da carne” (ESCOHOTADO, 2004). Ou seja, o ser precisa passar por um sacrifício para “morrer” sua figura julgada como pecadora, e haver o “renascimento” desse ser que passa a ser visto como renovado e limpo de seus erros.

Segundo Sabino e Cazenave (apud. BOLONHEIS-RAMOS e BOARINI, 2015, p. 1236) as CTs consideram que seu modelo de cuidado agrega valores como a espiritualidade, honestidade, responsabilidade, e solidariedade na reinserção desses usuários. Todavia, o período de isolamento acaba criando uma bolha, cheio de ideais e pensamentos que se chocam ao retornarem para o mundo real e suas complexidades de questões.

As Comunidades Terapêuticas, atualmente, são financiadas pelo SUS. Em 2020, foi regulamentado no referido art. 26-B da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 que:

Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. (BRASIL, 2020)

Ao retomar a abordagem sobre as linhas de cuidado, é de suma importância evocar que as bases para a criação e expansão desses programas que fazem parte da RD foram os Centros de Apoio Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPSad). Eles são centros de atenção às pessoas com transtorno ou sofrimento mental e com necessidades decorrente do uso prejudicial de álcool e outras drogas, sua linha de cuidado segue a lógica da Redução de Danos, pois não oferece a abstinência como única forma de tratamento e traz outras alternativas diversificadas. Ele está instituído na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo previsto na Portaria GM/MS, nº 3.088, de 23/12/2011, onde:

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. (BRASIL, 2011)

Os CAPSad só foram possíveis pela implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no campo da Saúde Mental, eles expandiram e reorganizaram os centros de atendimentos à esse grupo, contando com pontos além das CAPS, também participam dessa rede; "(...) os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III)" (BRASIL, 2013). Oferecendo assim, diversos serviços a comunidade e seguindo a lógica de rede, todas presente no âmbito do SUS e sua concepção ampliada de cuidado.

Além disso, a linha de cuidado no CAPSad é por intermédio do Projeto Terapêutico Individual. Atualmente o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é “[...] um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo” (Brasil, 2008). No geral, atua em casos mais complexos, onde é necessário a compreensão do sujeito e suas demandas que vão além de diagnósticos e medicação. Seu objetivo é ultrapassar as barreiras do ambiente hospitalar/clínico com ações que façam com que aquele ser consiga interagir com um meio, isto pode ter alguma ligação com a arte, esporte, trabalho ou educação. No primeiro momento, esse plano surge com o nome de “Projeto Terapêutico Individual”, no entanto, não há como separar o indivíduo de um contexto que pode envolver outras pessoas como, família; amigos; companheiros; entre outros. Sendo assim, o projeto não se desenvolve apenas com o indivíduo, pois também se abrange ao seu ciclo social como parte do processo de cuidado.

O Projeto é fundamentado na clínica ampliada, que é uma ferramenta “[...] para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes” (Brasil, 2008). Além disso, buscam a participação dos usuários para dialogar e pensar o projeto terapêutico, fazendo com que o serviço seja cada vez mais capacitado para atender seus usuários.

Pela observação dos aspectos analisados, podemos notar que para iniciar o cuidado e/ou tratamento é imprescindível o encontro, pois ele norteia todo o decorrer do processo, fazendo com que isso reduza ou aumente a potência de desempenho dos indivíduos envolvidos, já que a responsabilidade é de ambos os sujeitos (trabalhador/usuários). É com a compreensão de que não se precisa haver uma relação pré-estabelecida que se permite o diálogo, se nota a singularidade de cada sujeito e que a clínica é uma prática de cuidado; de escuta, não um concreto que algumas vezes são salas, outras são prédios.

CATEGORIA(S): DROGAS.

O tema das drogas sempre foi visto como tabu na sociedade moderna, pois ao observarmos no primeiro capítulo, onde se discorre sobre sua utilização, é possível verificar todos os espaços no qual as drogas transitaram. Os Gregos e Romanos defendiam que a relação com as substâncias deveria ser de modo moderado, respeitando os limites de cada sujeito. O álcool também esteve sempre em pauta, e foi muito associado à sensualidade (vinculação presente até os dias de hoje). Contraditoriamente, com a ascensão do Cristianismo, a religião que tem o vinho como a representação do sangue de Deus, ocorreu uma mistificação das drogas. Ao adentrar nesse campo obscuro do pecado, preconceito e a demonização das pessoas que fazem o uso dessas substâncias, parte dessa população que fazia uso de drogas sofreu os diversos tipos de perseguições. Entretanto, as drogas também se tornaram objeto de estudo de setores prestigiados da ciência, como na medicina.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1993, p. 69-82), drogas são definidas como “toda a substância que, pela sua natureza química, afecta a estrutura e funcionamento do organismo”. Essa definição concebe um sentido amplo da palavra, pois toda substância, seja natural, química ou sintética que cause mudança no organismo pode ser nomeada droga. Não sem fundamento, o estabelecimento farmacêutico, onde se comercializa medicamentos, é chamado de drogaria.

No Brasil, a lei nº 11.343/2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas – SISNAD, conceitua drogas no art.1º parágrafo único, considerando que drogas são “as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência”. A definição encontrada na lei, ao dizer que há capacidade de causar dependência, gera uma associação, de modo automático, às drogas ilícitas. No entanto, na esfera farmacológica, existem três classificações para distinguir as drogas, levando em consideração “(...) a estrutura química das substâncias, seu mecanismo de ação e principais características farmacológicas, podendo subdividir-se em depressoras, estimuladoras e perturbadoras do sistema nervoso central” (LIMA, Eloísa. 2013).

As drogas depressoras do Sistema Nervoso Central (SNC) são aquelas que diminuem a atividade mental, a ação de certos compostos do SNC e causam sonolência, relaxamento, sedação ao reduzirem a atividade motora e reatividade a

dor. As substâncias encontradas nessa categoria são: o álcool, benzodiazepínicos, os opioides (morfina, heroína) e solventes ou inalantes (“loló”, lança-perfume).

As drogas estimuladoras do SNC são aquelas que aumentam a atividade de determinados neurônios, causando aceleração dos processos psíquicos; euforia, insônia; estado de alerta e estimulação cardiovascular. As substâncias encontradas nessa categoria são: anfetaminas; cafeínas; nicotinas; cocaína, crack e o êxtase.

As drogas perturbadoras/alteradoras são aquelas que produzem alterações qualitativas no SNC, fazendo com que ocorra fenômenos psíquicos anormais. As substâncias encontradas nessa categoria são: ayuasca (Daime); presente em alguns cogumelos e cactos; LSD e cannabis.

No contexto legal, independentemente de algumas drogas produzirem as mesmas reações ao organismo, as drogas são divididas em lícitas e ilícitas, onde ilícitas são aquelas consideradas mais nocivas, devendo ser proibidas; e as lícitas são aquelas que trazem algum benefício, ou são consideradas menos prejudiciais, podendo ser toleradas (VENTURINI, 2017, p. 160). No Brasil, o grupo das drogas ilícitas estão a heroína, “loló”, lança-perfume, maconha, cocaína, crack, LSD, entre outras substâncias. Já o grupo das lícitas estão o álcool, a cafeína (café), nicotina (cigarro), benzodiazepínicos, entre outras substâncias.

A legislação brasileira sobre drogas não descriminaliza o porte das substâncias, mas faz uma distinção entre usuário/dependente de drogas e traficantes. Onde o usuário que estiver portando substâncias ditas como ilícitas é submetido a medidas sócio-educativas, e os traficantes são submetidos à pena privativa de liberdade. No entanto, há uma falha na lei que ministra essa diferença entre usuários e traficantes, pois ela não especifica a quantidade portada para dissociá-los. Segundo a lei nº 11.343/2006:

§ 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente. (BRASIL, 2006)

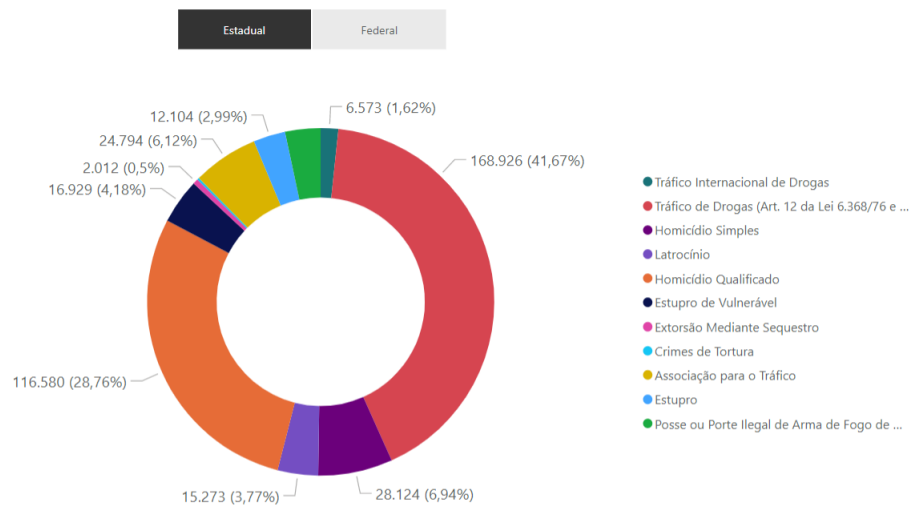
No entanto, essa lacuna abre margem em um país como o Brasil, que é atravessado pelos preconceitos sociais de raça e classe, a cometer falhas no seu sistema. Segundo dados do Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN), coletados no ano de 2019, o tráfico de drogas é a maior causa das prisões no âmbito nacional dentro da categoria de crimes hediondos e equiparados, sendo eles 41,67% dos casos.



Crimes Hediondos e Equiparados

Período de Julho a Dezembro de 2019

(*) Por tipificação



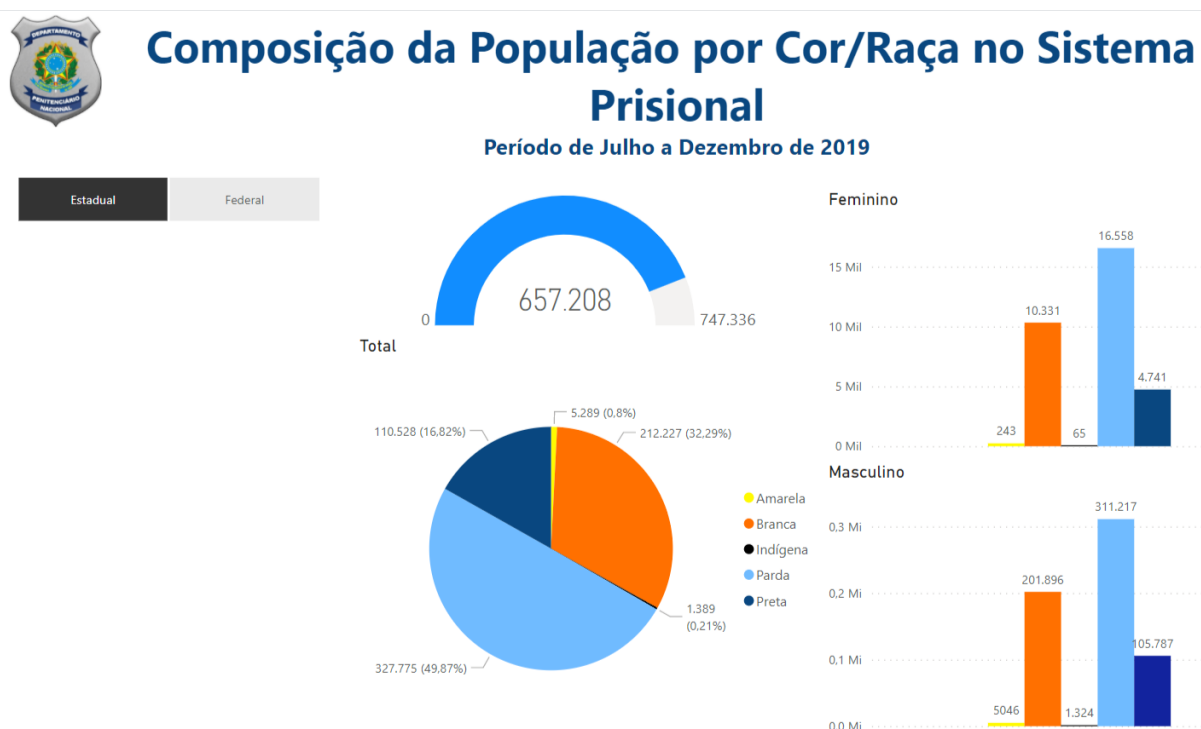
(Fonte: Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional, 2019)

As leis que qualificam o tráfico de drogas e o tráfico internacional de drogas como crime são: o Art. 12 da Lei 6.368/76 e o Art. 33 da Lei 11.343/06, ambas são similares e proíbem a produção, venda, compra, porte e consumo dessas substâncias. Como representação das duas leis, utilizaremos o Art. 33 da Lei 11.343/06:

Art. 33. Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem

autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar.

Quando observamos esse sistema prisional, onde mais de um terço da população é presa por tráfico de drogas e tráfico internacional de drogas (dentro da categoria de crimes hediondos e equiparados), mas a lei não especifica a quantidade que se deve portar para distinguir traficante e usuário, é preciso entender quem são as pessoas que fazem parte desse grupo. Para isso, utilizaremos dos dados do SISDEPEN, no âmbito nacional para compreender a cor e o sexo dessa população.



(Fonte: Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional, 2019)

Ao analisar os dados, pode-se notar que no sistema carcerário brasileiro, o público masculino é disparadamente maior do que o feminino. Também é alarmante o fato do sistema prisional ser composto por mais de 60% de negros e pardos. Esse levantamento pode nos trazer o questionamento do por que a população que mais ocupa o sistema penitenciário é a mesma que mais morre em relação a guerra às drogas?

Para responder esse questionamento, é preciso lembrar que essa pergunta está tentando ser solucionada em um país que viveu mais de 3 séculos escravizando sua população negra. O Brasil também foi o último país do continente a abolir a escravatura e, ainda assim, não havia elaborado nenhuma assistência no âmbito da educação, saúde, moradia ou qualquer outro direito básico. Posteriormente, é de suma importância entender que, a guerra às drogas não tem a ver com a substância, mas sim, com um contexto político, sociológico, econômico, clínico que tem a presença das desigualdades de heranças escravocratas.

O tráfico de drogas é uma das atividades ilegais mais rentáveis mundialmente, o montante de recursos ilícitos que movimenta a economia, não só como mercadoria (produção, distribuição e consumo), mas também como “justificativa” para a constituição e a manutenção de vastos aparatos de controle social e repressão (VENTURINI, 2017, p.161). O que nos faz pressupor que, um sistema que nunca se chocou com a barbaridade da escravidão, é porque ele continua perpetuando sobre a população emancipada que se abriga nas periferias. A vulnerabilidade das favelas indica que, mesmo com a maioria dos seus residentes não se envolvendo, seja consumindo ou traficando drogas, são eles que “(...) sofrem as consequências de tal política repressiva, essencialmente colonialista e classista, etária e racialmente seletiva” (VENTURINI, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do homem ter relatos pré-históricos do uso de drogas, a relação da sociedade moderna com essas substâncias não são das mais amistosas. Desde que a sociedade começou a tratar as drogas como tabu, ela foi ocupando esse espaço silencioso, sem vozes representativas, nem discussões sobre a temática. No entanto, as drogas nunca precisaram falar para serem ouvidas, elas emergiram como problemas sociais, ou até mesmo soluções.

Embora as perseguições sofridas pelas pessoas que faziam o uso de drogas no período da Idade Média, a proximidade com os saberes islâmicos trouxe uma nova forma de usar as drogas: farmacologicamente. Essa primeira contradição mostrou a necessidade do conhecimento sobre as drogas e suas substâncias. Não demorou muito para essa ideia da farmacologia eclodir no Renascimento com os alquimistas e boticários.

Na 1ª Guerra Mundial, as drogas, ou melhor, a morfina tornou-se a maior aliada dos soldados que sofriam de dores decorrente dos conflitos. No entanto, foram as mesmas que causaram sofrimentos devido as crises de abstinência. Em decorrência disso, nasceu a 1ª noção de Redução de Danos com práticas que não utilizavam a abstinência como único caminho, havendo assim um “[...] tratamento especializado à sua disposição, o que pode estar associado ao fato de ser esta uma droga consumida por pessoas de classes mais abastadas” (Petuco, 2019).

Com o surgimento do HIV/Aids, houve uma necessidade de se falar sobre drogas e sexualidade. Essa quebra de paradigmas emergiu os preconceitos que permeiam pela nossa sociedade. Primeiro, pela homofobia sofrida pelos homens que se relacionavam de maneira homoafetiva. Em seguida, pela proibição da distribuição de seringas novas por acreditarem no incentivo do uso de drogas.

Como normalmente ocorre no cenário social, o campo das drogas também não é um espaço isento de desigualdades e contradições que se expressam de modo transversal. Pois até mesmo dentro do próprio SUS, um sistema que tem como princípios a universalidade, integralidade e equidade com o objetivo de entender as complexidades de cada sujeito. Ainda assim, existe dentro dele o financiamento de comunidades terapêuticas regulamentado no referido art. 26-B da

Lei nº 11.343/2006, o acolhimento de adolescentes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas nessas CTs.

Aproximando as internações nas Comunidades Terapêuticas a realidade, vivemos em um atual momento de pandemia da COVID-19, o que nos mostrou como o isolamento social nos afeta psicologicamente, deixando-nos vulneravelmente fragilizados. Esse período de pandemia alerta a necessidade de interações afetivas (famílias, amigos ou redes sociais) pois somente por meio dos encontros (até mesmo os virtuais) é possível aumentar nossa capacidade de agir no mundo. A circulação de afeto nos faz produzir (auto)cuidado, pois o desejo de atravessar esse período incentiva e estimula os seres a refletirem suas capacidades de viver.

A conjuntura atual da pandemia também traz uma reflexão sobre a amplitude do conceito de saúde, pois há determinantes e condicionantes que permitem que algumas camadas sociais tenham mais privilégios do que outras. Mesmo com essas diferenças estabelecidas, essas disparidades afloram em momentos de crises sanitárias, políticas e econômicas.

A necessidade de defender o SUS é cada vez mais visível, além do suporte que ele está ofertando à população em meio a crise sanitária do novo Coronavírus, ele sempre esteve presente na defesa do direito de pessoas que fazem o uso prejudicial de álcool e outras drogas. O atual governo promove o desmonte do SUS, e em consequência disso, o setor da Saúde Mental também perde seus direitos afetando diretamente as conquistas proporcionadas pelas Políticas de Redução de Danos, reduzindo a noção de cuidado dessa população e tratando-a com enfoque na abstinência, isto é, remando contra a maré dos princípios e diretrizes do SUS.

A RD tem o papel de atentar que quem faz uso prejudicial de álcool e outras drogas continua produzindo subjetividades e demandas que vão além da substância droga e que "(...) não há tanta importância no ato de beber ou de usar drogas em si mesmo, mas sim nos problemas que eventualmente possam decorrer desse ato" (PETUCO, 2015). O que nos faz compreender que há necessidade de acolhimento, oferta de serviços de caráter socioassistencial prestados de forma multisetorial, atendimento humanizado que possibilite suprimir/reduzir as necessidades internas e externas, e o sofrimento dessa população.

As soluções para o cuidado de pessoas que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas não está somente no âmbito da saúde, pois o uso da substância gera consequências nas múltiplas esferas. Os problemas que as drogas produzem também são questões de estigmas, aprisionamento e mortes da população mais vulnerável e que, devem ser abordados nas políticas públicas de saúde, educação, segurança e cultura precisam se integrar de modo articulado para solucionar.

Referências Bibliográficas

ALENCAR, Rodrigo. As Diferenças entre Queixa e Demanda no Trabalho de Redução de Danos: possibilidades para uma escuta clínica em espaços heterogêneos. In.: **Drogas e 30 anos de redução de danos**. Volume 21. São Paulo, SP: Boletim do Instituto de Saúde, 2020.

Bahia. Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social. **Caminhos possíveis: boletim informativo do Programa Corra pro Abraço**. Salvador: Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social; 2019.

BERRIDGE, Virginia. Dependência: história dos conceitos e teorias. In.: EDWARDS, Griffith; LADER, Malcom. **A natureza da dependência de drogas**. Porto Alegre, 1994.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. **Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas**. Volume 22. Manguinhos, RJ: História, Ciências, Saúde, 2015.

BORGES, M. S.; SILVA, H. C. P. **Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem**. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem, 2010.

BRASIL. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Constituição Federal. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006**. Brasília, 2006. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833#:~:text=101%2C%20inciso%20V%2C%20da%20Lei.que%20se%20refere%20o%20art.&text=23%2DB%20da%20Lei%20n%C2%BA%2011.343%2F06%2C%20e%20do.ser%20interrompido%2C%20a%20qualquer%20momento>>. Acesso em: 23 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a RAPS: Rede de atenção psicossocial**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Consultório na rua**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/consultoriorua/>>. Acesso em: 29 mar. 2021.

CARVALHO, Salo de. **A política criminal de drogas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Lumens Juris, 2007.

Deleuze, Gilles. **Espinosa, filosofia prática**. Escuta, São Paulo, 2002.

ESCOHOTADO, Antonio. **História Elementar das drogas**. Lisboa: Editora Antígona, 2004.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura da Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____. **História da sexualidade II: O uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Edição Graal, 2006.

FRANCO, Túlio Batista. **Gestão do trabalho em saúde mental**. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, s/d. 2012. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/9/gestao-trabalho-saude-mental.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2020.

_____. **Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade**. São Paulo: Revista Saúde e Sociedade; vol. 24; supl. 1, 2015.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25e. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 17e. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. 1987.

GARÇONI, I. **Guerra à pesquisa**. The Intercept Brasil. [S.l.] 2019. Disponível em: <<https://theintercept.com/2019/03/31/estudo-drogas-censura/>>. Acesso em: 04 nov. 2019.

GODOY, Maria Gabriela. Incursões sobre as políticas sobre drogas e o cuidado nos processos de drogodependência. In.: TOROSSIAN, Sandra; TORRES, Samantha;

KVELLER, Daniel. **Descriminalização do cuidado: Políticas, cenários e experiências em redução de danos**. Porto Alegre, RS: Rede Multicêntrica, 2017.

LIMA, Eloisa Helena de. **Educação em saúde e uso de drogas: um estudo acerca da representação da droga para jovens em cumprimento de medidas educativas**. Belo Horizonte, 2013.

MESQUITA, Fábio. Redução de Danos. In. **Drogas e 30 anos de redução de danos**. Volume 21. São Paulo, SP: Boletim do Instituto de Saúde, 2020.

Míni Aurélio: O dicionário da língua portuguesa. 8ª edição: Editora Positivo, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Tradução: Dorgival Caetano, 1ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lúgia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-1812201000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2021.

PESSOTI, Isaias. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Editora 34, 1999.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. As Três Ondas da Redução de Danos no Brasil. In.: **Drogas e 30 anos de redução de danos**. Volume 21. São Paulo, SP: Boletim do Instituto de Saúde, 2020.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. Era uma vez: uma pequena história do cuidado e das políticas públicas dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas. In.: TEIXEIRA, Mirna & FONSECA, Zilma (orgs.). **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. São Paulo: Hucitec, 2015.

_____. **O pomo da Discórdia? Drogas, Saúde, Poder**. Curitiba: Editora CRV, 2019.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Laje; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: O caso de Manguinhos, RJ, Brasil**. Botucatu, SP: Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 2015.

VENTURINI, Gustavo. **Consumo de drogas, opinião pública e moralidade: Motivações e argumentos baseados em uso**. São Paulo: Tempo social: revista de sociologia da USP, 2017.