

**ATENÇÃO À SAÚDE DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS NO BRASIL: CONVERGÊNCIA ENTRE
A SAÚDE PÚBLICA E OS DIREITOS HUMANOS**

*HEALTH CARE TO THE ADDICTS OF ALCOHOL AND OTHER DRUGS IN
BRAZIL: CONVERGENCE BETWEEN PUBLIC HEALTH AND HUMAN RIGHTS*

*Vânia Sampaio Alves**

*Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima***

RESUMO

O presente artigo revisa o processo de formulação da política nacional de saúde de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, política essa que considera a redução de danos como racionalidade orientadora das práticas de cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. O trabalho discute os desafios atuais na atenção à saúde de usuários abusivos e dependentes, a partir da perspectiva da saúde pública e dos direitos humanos. Por meio da revisão de literatura e do acervo legislativo contemporâneo, o artigo destaca a responsabilidade integrada do Estado e do usuário, como sujeito de direito, para a promoção, com o apoio da família, de uma escolha que respeite a sua dignidade e a saúde pessoal e comunitária.

Palavras-chave:

Direitos Humanos; Família; Redução de Danos; Saúde Pública.

(*) Doutora em Saúde Pública, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB); Tutora do PET-Saúde/ Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas; Coordenação Pedagógica do Centro Regional de Referência para Educação Permanente em Crack, Álcool e Outras Drogas (CRR-UFRB). Santo Antônio de Jesus/BA – Brasil. E-mail: vaniasalves@gmail.com.

(**) Doutora em Saúde Pública, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Professora Adjunta da Universidade Católica do Salvador (UCSAL); Coordenadora do Grupo de Pesquisa Direitos Humanos, Direito à Saúde e Família (CNPQ-UCSAL). Juíza de Direito. Salvador/BA – Brasil. E-mail: isabelmsol@gmail.com.

Texto recebido em 27.05.11. Revisado em 18.08.11. Aprovado em 03.09.11.

ABSTRACT

This article reflects on the Brazilian formulating process of its health policy focused on health care for users of alcohol and other drugs, policy that considers the harm reduction as a guiding rationality of care practices in the Centers of Psychosocial Care for Alcohol and Other Drugs. This paper discusses the current challenges in health care for users and dependents from the perspective of public health and human rights. Based on literature review and on the contemporary body of law, this article highlights the integrated responsibility of the State and of the user, as a subject of law, to promote, with the support of family, a choice that respects his dignity and personal and community health.

Keywords:

Family; Harm Reduction; Human Rights; Public Health.

INTRODUÇÃO

O presente artigo parte da revisão do processo de formulação da política de saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, que assimila a abordagem de redução de danos como racionalidade norteadora das práticas de cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), para discutir os desafios atuais na atenção à saúde de usuários abusivos e dependentes a partir da perspectiva da saúde pública e dos direitos humanos.

Embora sejam múltiplos os projetos para redução de danos, estes constituem medidas de natureza sociossanitária que buscam a não discriminação do usuário dependente. As estratégias de redução de danos visam aos efeitos físicos, psíquicos e sociais associados ao consumo de álcool e de outras drogas e alinham-se na perspectiva da saúde pública e dos direitos humanos.⁽¹⁾ Dada a magnitude e a complexidade do fenômeno, o uso de álcool e outras drogas gradativamente saiu da esfera individual volitiva e alcançou o interesse coletivo, demandando atuação do Estado mediante a regulamentação de estratégias específicas e de instrumentos normativos que respeitem o direito individual, sendo igualmente capazes de promover o direito à saúde.

(1) MARKEZ, I. A. Aspectos sanitarios de la reducción de daños y riesgos en época de globalización. *Eguzkilore: Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, n. 16, p. 137-151, 2002.

Diante da emergência de riscos à saúde e danos sociais para o indivíduo e a coletividade associados à mudança do padrão de consumo de substâncias psicoativas na contemporaneidade, passou o Estado a atuar por meio da formulação e da implementação de políticas públicas setoriais e interssetoriais. Para as pessoas que apresentam transtornos decorrentes do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, o desafio atual refere-se à conformação de uma rede assistencial sensível às suas necessidades sociais de saúde que esteja comprometida com a garantia de seus direitos de cidadania. Considerando-se a autonomia da vontade do cidadão, a estratégia dos direitos humanos na área da redução de danos integra as relações entre o cidadão e o Estado (eficácia vertical), assim como as relações privadas (eficácia horizontal). Busca a estratégia da redução de danos incentivar a escolha pessoal do dependente, fortalecendo o respeito à sua dignidade⁽²⁾ e o direito a usufruir de um nível de saúde que constitui um direito em si, conquistado ao longo de um processo histórico, político e social capaz de imprimir a perspectiva de direitos humanos nos sistemas de saúde⁽³⁾.

O consumo abusivo de substâncias psicoativas compreende um relevante problema de saúde pública tanto no Brasil quanto internacionalmente⁽⁴⁾. A relação do homem com tais substâncias perpassa a história da humanidade e as mudanças observadas quanto ao padrão de consumo refletem profundas transformações socioculturais. O isolamento de princípios ativos e a produção de novas substâncias a partir do século XVIII e a sua crescente popularização entre diferentes segmentos sociais foram fenômenos acompanhados da fragilidade do lastro cultural, que regulamentava o consumo com finalidade ritualística, religiosa, terapêutica e mesmo recreativa em civilizações antigas^{(5),(6)}.

Levantamentos epidemiológicos têm contribuído para a descrição do fenômeno do consumo de substâncias psicoativas na população brasileira,

(2) DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário: fundamentos, teoria e efetivação. In: AITH, F. et al (Orgs.). *Direito sanitário: saúde e direito, um diálogo possível*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p. 43-71.

(3) HUNT, Paul; BACKMAN, Gunilla. Health systems and the right to the highest attainable standard of health. *Health and Human Rights*, v. 10, n. 1, p. 81-92, 2008.

(4) DORN, N. El concepto de reducción de daños en el marco internacional en relación con la producción, tráfico y uso de drogas: algunas cuestiones y problemas. *Eguzkilora: Cuadernos del Instituto Vasco de Criminología*, n. 16, p. 105-110, 2002.

(5) ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F.G. Histórias das drogas. In: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (Orgs.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 9-14.

(6) NIEL, M. Aspectos históricos sobre o uso de drogas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 139-142. CD Rom.

bem como para a análise de mudanças no padrão de consumo^{(7),(8),(9),(10)}. O álcool e o tabaco destacam-se como as substâncias mais consumidas e com maiores porcentagens de dependentes. Estima-se que 12% da população brasileira apresentam problemas com o álcool: 9% teriam um padrão de consumo caracterizado abusivo e/ou prejudicial e 3% corresponderiam aos dependentes dessa substância⁽¹¹⁾. Entre as principais substâncias psicoativas ilícitas de consumo no País, o percentual estimado de dependentes de maconha e de solventes corresponde a 1,2% e 0,2%⁽¹²⁾, respectivamente. O fenômeno de *crack*, historicamente recente, tem sido acompanhado de uma rápida expansão de seu consumo e de dependência em diferentes segmentos sociais e em todas as regiões do país^{(13),(14)}. Entre os usuários de drogas lícitas e ilícitas predominam os jovens do sexo masculino, mas os levantamentos epidemiológicos apontam crescimento do consumo de todas as substâncias entre as mulheres⁽¹⁵⁾. Evidencia-se, ainda, o início cada vez mais precoce do consumo entre adolescentes, consequência, entre outros fatores, do fácil acesso às substâncias, circunstância muitas vezes proporcionada por pessoas da rede social do jovem, a exemplo de familiares e amigos⁽¹⁶⁾.

O consumo de substâncias psicoativas está relacionado a riscos e danos de grande magnitude social: exposição a situações de violência, como acidentes de trânsito, conflitos interpessoais e familiares, traumatismos, homicídios,

(7) GALDURÓZ, José Carlos Fernandes; NOTO, Ana Regina; NAPPO, Solange Aparecida; CARLINI, Elisaldo de Araújo. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. esp., p. 888-895, 2005.

(8) GALDURÓZ, José Carlos Fernandes; CAETANO, Raul. Epidemiologia o uso de álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, supl. 1, p. 3-6, 2004.

(9) CARLINI, Elisaldo de Araújo. et al. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005*. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2006.

(10) BASTOS, Francisco I.; BERTONI, Neilane; HACKER, Mariana A. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, supl. 1, p. 109-117, 2008.

(11) REIS, A. D.; FIGLIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo. Prevalence of substance use among trauma patients treated in a Brazilian emergency room. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n. 3, p. 191-195, 2006.

(12) CARLINI, Elisaldo de Araújo. et al. op. cit.

(13) PERRENOUD, Luciane Ogata; RIBEIRO, Marcelo. Histórico do consumo de crack no Brasil. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRAS, R. (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p. 43-48.

(14) RIBEIRO, Marcelo; DUAILIBI, Ligia Bonacim; PERRENOUD, Luciane Ogata. Perfil do usuário e história natural do consumo. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRAS, R. (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p. 60-73.

(15) CARLINI, Elisaldo de Araújo. et al. op. cit.

(16) BASTOS, Francisco I.; BERTONI, Neilane; HACKER, Mariana A. op. cit.

suicídios, envolvimento com o tráfico e outras atividades delituosas^{(17),(18),(19),(20),(21)}; práticas sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas e agulhas, além de exposição a infecções de transmissão sexual e parenteral, a exemplo do HIV, hepatites B e C, HTLV e sífilis^{(22),(23)}; comorbidades ou agravamento de condições clínicas e psiquiátricas^{(24),(25)}; intoxicação aguda por uso de drogas (*overdose*); uso abusivo e dependência, entre outros. Em relação ao álcool, admite-se que o seu consumo constitua importante causa de adoecimento, mortalidade precoce e incapacidade, sendo apontado como fator determinante de mais de 10% do total dos problemas de saúde do país⁽²⁶⁾.

A despeito da complexidade e da magnitude que o consumo abusivo de substâncias psicoativas representa no Brasil, a atenção à saúde de usuários e de suas famílias ainda se defronta com significativas lacunas assistenciais. Com a formulação de políticas públicas que historicamente enfatizaram as ações de repressão da oferta e da demanda, apenas no início da última década, a questão do consumo abusivo de álcool e outras drogas foi claramente inscrita na agenda das políticas públicas de saúde^{(27),(28)}. Em um cenário marcado pela predominância de um modelo de atenção que admite a abstinência como meta terapêutica exclusiva, o setor saúde alinha-se ao discurso emergente da abordagem de redução de danos e, em conformidade com o processo de

(17) MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 1, p. 35-42, 1998.

(18) ZILBERMAN, Monica L.; BLUME, Sheila B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, supl. 2, p. 51-55, 2005.

(19) REIS, A. D.; FIGLIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo. op. cit., p. 191-195.

(20) PONCE, Julio de Carvalho; LEYTON, Vilma. Drogas ilícitas e trânsito: problema pouco discutido no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 35, supl. 1, p. 65-69, 2008.

(21) PONCE, Julio de Carvalho; ANDREUCETTI, Gabriel; JESUS, M. G. S.; LEYTON, Vilma; MUÑOZ, Daniel Romero. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 35, supl. 1, p. 13-16, 2008.

(22) BASTOS, Francisco I.; BERTONI, Neilane; HACKER, Mariana A. op. cit.

(23) CARDOSO, Luciana. R. Donola; MALBERGIER, André; FIGUEIREDO, Tathiana Fernandes Biscuola. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/AIDS. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 35, supl. 1, p. 70-75, 2008.

(24) SILVEIRA, Dartiu Xavier; JORGE, Miguel Roberto. Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, n. 3, p. 145-151, 1999.

(25) ALVES, H.; KESSLER, Félix; RATTO, Lilian Ribeiro Caldas. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, supl. 1, p. 51-53, 2004.

(26) MELONI, José Nino; LARANJEIRA, Ronaldo. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, supl. 1, p. 7-10, 2004.

(27) MACHADO, Ana Regina. *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas*. 2006. 151f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

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

reforma psiquiátrica⁽²⁹⁾, preconiza um modelo de atenção à saúde do usuário de substâncias psicoativas de base comunitária. Esse modelo, contudo, se acha centrado nas necessidades de saúde, inclusive naquela formulada em termos do desejo de não deixar de fazer uso de drogas. Dessa forma, respeitado o direito individual como escolha da pessoa capaz, cerne do direito civil, apresenta o serviço de saúde, mediante equipe ética e tecnicamente qualificada, um elenco de alternativas, focado na perspectiva do empoderamento e da cidadania de cada pessoa, conforme os seus recursos pessoais, familiares e comunitários⁽³⁰⁾.

O advento dessa posição na área de saúde mental e em política de saúde, sob a égide do respeito à vontade do indivíduo e foco na sua dignidade como valor humano essencial, foi contemporâneo ao processo de discussão dos direitos humanos em saúde, movimento crescente e contínuo, a assumir aspectos diversos em face da complexidade da saúde como direito social. Dessa forma, o tema da redução de danos congrega o respeito ao sofrimento mental do cidadão, à sua condição singular de dependência e aos seus direitos civis e o incentivo à sua integração familiar e comunitária, como perspectiva de recurso de natureza nomeadamente solidária.

I. POLÍTICA DE SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas foi publicada no ano de 2003. Em seu texto de apresentação, admite-se o atraso histórico de inserção do uso prejudicial e/ou dependência do álcool e outras drogas na agenda da saúde pública⁽³¹⁾. Como fatores contribuintes para a formulação dessa política de saúde específica, o estudo de Machado⁽³²⁾ analisa a condução da política pública de drogas proposta pelo Conselho Federal de Entorpecentes (Confen), entre as décadas de 1980 e 1990, e posteriormente pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad); a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a afirmação da universalidade do direito à saúde; a reorientação do modelo de atenção em saúde mental a partir da implementação de serviços de base comunitária substitutivos à internação em

(29) ROTELLI, F.; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-55.

(30) VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reinvenção da cidadania, Empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 169-194.

(31) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

(32) MACHADO, Ana Regina. op. cit.

hospitais psiquiátricos; e a implementação de políticas de prevenção do HIV/ Aids entre usuários de drogas injetáveis (UDI), propiciando que a saúde pública voltasse o seu olhar para um segmento populacional até então à margem do sistema de saúde.

O uso prejudicial e a dependência de álcool e outras drogas constam entre os temas de discussão do campo da saúde mental pelo menos desde a década de 1980⁽³³⁾. A constatação de que cerca de um terço dos leitos em hospitais psiquiátricos eram ocupados por alcoolistas e usuários de outras drogas resultou na elaboração de alguns programas de saúde que, entretanto, não chegaram a ser implantados pelo Ministério da Saúde, persistindo a lacuna assistencial a esse segmento populacional no âmbito do setor público de saúde. A esse respeito, são qualificadas as iniciativas consistentes e regulares até recentemente desenvolvidas pela saúde pública na área de álcool e outras drogas como rarefeitas⁽³⁴⁾.

No movimento pela Reforma Psiquiátrica, a atenção aos transtornos mentais esteve no centro dos debates acerca da necessária reorientação dos conteúdos e da organização das práticas de saúde, com os problemas decorrentes do uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas ocupando um lugar de invisibilidade nas reivindicações sociais organizadas. Os processos de reforma psiquiátrica inspiradores da experiência brasileira também não produziram respostas à problemática do consumo de álcool e outras drogas no campo da saúde mental⁽³⁵⁾. Em consequência, os primeiros serviços substitutivos de saúde mental especializados na atenção a usuários de álcool e outras drogas no Brasil apenas foram criados uma década depois da implantação dos primeiros serviços dessa natureza para atenção prioritária às pessoas com transtornos psicóticos e neuróticos graves.

A inserção da área de álcool e outras drogas no âmbito do SUS, nomeadamente no campo da saúde mental, começou a ser consolidada mediante uma série de eventos e decisões políticas. Após longo processo de debate nacional, a Lei n° 10.216/01⁽³⁶⁾ foi promulgada, positivando direitos humanos para o segmento das pessoas portadoras de transtornos mentais. Naquele mesmo ano, reverberando no cenário brasileiro o movimento internacional de reconhecimento do consumo abusivo de substâncias psicoativas também como problema de saúde pública, realizou-se o *Seminário Nacional sobre Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas* na rede do SUS. O evento, organizado pelo Ministério da Saúde, antecedeu a *III Conferência Nacional de Saúde Mental*

(33) GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Psicologia & Sociedade*, v. 20, n. 2, p. 267-276, 2008.

(34) DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Drogas: o desafio da saúde pública. In: ACSELRAD, G. (Org.). *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 165-181.

(35) MACHADO, Ana Regina. op. cit.

(36) BRASIL. Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001. "Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental". In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 17-20.

(III CNSM) e teve por objetivo promover uma discussão sobre a configuração de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social, no âmbito do SUS⁽³⁷⁾. A discussão do modelo de atenção então existente concluiu que as ações e serviços de saúde ofertados à população eram insuficientes e inadequados. Dentre as recomendações pactuadas durante esse seminário, para a formulação de uma política pública de saúde na área de álcool e outras drogas, merecem destaque, dada a natureza sinérgica entre elementos da saúde pública e do direito:

- O estabelecimento de uma rede de assistência que tenha como núcleo um dispositivo estratégico centrado na comunidade e que possa acionar diversos outros serviços, como a rede básica de saúde (unidades básicas de saúde e Programa de Saúde da Família), unidades especializadas, hospitais clínicos e psiquiátricos.

- A rede seria também articulada à rede de serviços sociais não diretamente ligados à assistência à saúde (como instituições de defesa de direitos, serviços de ensino profissionalizante e outros) que promovam o exercício da cidadania, a reinserção social e reintegração na rede de suporte social. A rede não distinguiria ações voltadas para prevenção, tratamento e estudos, todas incluídas em cada unidade.

- É fundamental que a rede de assistência a usuários de substâncias psicoativas tenha o sentido da comunicabilidade – este inclui que cada participante da rede tenha informações atualizadas sobre os serviços disponíveis nos demais meios de comunicação direta e de encaminhamento. Inclui, também, a divulgação para a comunidade sobre os serviços oferecidos.

- O modelo de assistência indicado é fundamentalmente ambulatorial. As interações são recursos de uso para determinados casos específicos, devendo ser de curta duração. As indicações de internação são os quadros de emergência que incluem risco de auto ou heteroagressão, quadros graves de intoxicação e abstinência. Internações voluntárias de curta duração, até 15 dias, podem ser indicadas em situações em que pacientes apresentam uso compulsivo e dificuldade de aderirem ao tratamento⁽³⁸⁾.

Durante o *Seminário Nacional sobre Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas* na rede do SUS afirmou-se a necessidade de que a atenção a usuários de álcool e outras drogas fosse assumida pelo SUS sem, contudo, reduzir a compreensão e a abordagem dessa problemática ao campo da saúde⁽³⁹⁾. Para a reorientação do modelo assistencial na área de álcool e outras drogas, as propostas elaboradas na III CNSM privilegiam os serviços ambulatoriais e de base comunitária, e a lógica da redução de danos.

(37) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório do Seminário sobre o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas na rede do SUS – Agosto, 2001. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, 2001. p. 106-111.

(38) Id. *Ibid.*, p. 107-108.

(39) BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

O ano posterior a esses dois eventos marca a efetiva inserção da área de álcool e outras drogas na rede pública de saúde e no campo da saúde mental. O CAPSad e os mecanismos de financiamento do SUS para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas foram regulamentados pelas Portarias GM n° 336/02⁽⁴⁰⁾, SAS n° 305/02⁽⁴¹⁾, SAS n° 189/02⁽⁴²⁾ e GM n° 817/02⁽⁴³⁾, evidenciando uma atuação normativa do Estado em relação ao problema. Ainda em 2002, o Ministério da Saúde instituiu, no âmbito do SUS, o *Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas*, com o objetivo de constituir uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares, centrados na atenção comunitária e articulados com outras redes de serviços sociais e de saúde para a assistência integral a usuários e seus familiares, com ênfase na promoção da inclusão social. Em cada um desses passos, consubstanciados em regulamentações específicas, foi sendo gradativamente articulada a compreensão do alcance da estratégia de redução de danos, assim como a necessidade de integrar os usuários com os recursos familiares e comunitários, potencializando as suas redes sociais.

Em 2003, foi apresentada uma primeira versão do documento da política de saúde na área de álcool e outras drogas no seminário intitulado *Novos Cenários da Política Nacional sobre Drogas*, realizado pela Senad⁽⁴⁴⁾. Afirmava-se, dessa forma, a inserção da área de álcool e outras drogas no âmbito do SUS sem que esse fato representasse uma contraposição à *Política Nacional sobre Drogas*, formulada pela secretaria. A articulação entre essas políticas pode ser considerada tão necessária quanto estratégica. No realinhamento da *Política Nacional sobre Drogas*, em 2005, encontra-se, entre as diretrizes para o tratamento, recuperação e reinserção social, a afirmação quanto à pertinência da articulação e integração da rede de serviços públicos de saúde com a rede de serviços sociais. Essa ênfase evidencia um cuidado em integrar elementos da saúde aos constituintes do direito subjetivo e dos direitos humanos, sendo um vértice comum a vontade pessoal e a dignidade da pessoa, agora sob um olhar do Estado mediado pelo sistema de saúde.

A *Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde*, consolida, em suas diretrizes, recomendações e propostas formuladas em distintos espaços políticos e por diferentes atores sociais do setor saúde e em interface com outros setores governamentais. O processo de sua constituição reflete a complexidade do fenômeno do consumo de álcool e

(40) BRASIL, 2002. Portaria GM n° 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*, cit., p. 125-136.

(41) BRASIL. Portaria SAS n° 305, de 3 de maio de 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*, cit., p. 291-297.

(42) BRASIL. Portaria SAS n° 189, de 20 de março de 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*, cit., p. 273-290.

(43) BRASIL. Portaria GM n° 817, de 30 de abril de 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*, cit., p. 151-155.

(44) MACHADO, Ana Regina. op. cit.

outras drogas na contemporaneidade, o qual demanda um enfoque abrangente e intervenções setoriais e interssetoriais. A formulação dessa política de saúde representa um avanço na trajetória discursiva sobre a questão das drogas no País ao inscrevê-la no âmbito do SUS e assim afirmar o direito à saúde das pessoas que fazem uso prejudicial ou apresentam dependência de álcool e outras drogas. Avanços adicionais podem, ainda, ser apontados: a regulamentação pelo Ministério da Saúde das práticas de redução de danos sociais e à saúde, relacionados ao consumo de drogas lícitas e ilícitas⁽⁴⁵⁾ e à aprovação da *Política Nacional sobre o Álcool*⁽⁴⁶⁾.

A regulamentação das práticas de redução de danos afirma e fortalece o posicionamento do setor público de saúde por um modelo de atenção à problemática do consumo de álcool e outras drogas, orientado para a minimização dos riscos e danos sociais e à saúde associados a esse consumo sem, necessariamente, intervir na oferta ou no próprio consumo. Em sua regulamentação, as intervenções de redução de danos foram ampliadas, sendo definidas como uma ou mais das seguintes medidas de atenção integral à saúde: a) informação, educação e aconselhamento; b) assistência social e à saúde; c) disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e hepatites. Estabelece-se que essas ações devem ser desenvolvidas em todos os espaços de interesse público em que ocorre ou possa ocorrer o consumo de álcool e outras drogas e que a divulgação dos serviços públicos de saúde e de assistência social entre a população contemplada por essas ações constitui, em si, uma medida de redução de danos.

As drogas ilícitas sempre estiveram no centro da discussão das políticas de orientação proibicionistas, seja pela ênfase na perspectiva penalista, seja pela representação social do consumo de drogas lícitas, a exemplo do álcool e do tabaco. A *Política Nacional sobre o Álcool* confere especial atenção à problemática do consumo dessa substância. Apresentando um forte componente cultural, o consumo de bebidas alcoólicas demanda intervenções interssetoriais, flexíveis, democráticas e referenciadas na lógica da redução de danos. A política enfatiza, ainda, a importância de formação de trabalhadores e profissionais de saúde na área de álcool e outras drogas para a atuação na rede assistencial, cuja ampliação e fortalecimento consideram-se necessários.

Para a reorientação do modelo de atenção à saúde na área de álcool e outras drogas, o setor público de saúde aposta na implantação dos CAPSad, reconhecendo-os como dispositivos estratégicos para a estruturação da rede

(45) BRASIL. Portaria nº 1.028, de 1º. de julho de 2005. "Regula as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substância ou drogas que causem dependência". *Diário Oficial [da] República do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 jul. 2005b.

(46) BRASIL. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. "Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências". *Diário Oficial [da] República do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, mai. 2007.

assistencial em seu território de atuação e para a integração de ações de promoção à saúde, prevenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, redução de danos sociais e à saúde, atenção multiprofissional e interdisciplinar, reabilitação e (re)inserção social.

II. A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

De acordo com a *Política Nacional sobre Drogas*⁽⁴⁷⁾, o tratamento, a recuperação e a reinserção social de usuários de substâncias psicoativas devem resultar da conformação de uma rede assistencial integrada e articulada, constituída por instituições governamentais e não governamentais, do setor da saúde e da assistência social: unidade básica de saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergência, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas. Uma característica dessa rede seria a diversidade de opções assistenciais, conferindo aos usuários e seus familiares o acesso às diferentes modalidades de atenção. Ressalta-se, contudo, a importância de tais modalidades assistenciais estarem referenciadas em conhecimentos científicos e apresentarem efetividade comprovada. Salienta-se, igualmente, a assimilação de iniciativas da sociedade civil na perspectiva de garantia do direito à saúde dos usuários e dos seus familiares, como expressão cívica de corresponsabilidade social possível no Estado Democrático de Direito.

Uma caracterização inédita e extensiva dessa rede assistencial resulta de um mapeamento das instituições de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no país, realizado entre os anos de 2006 e 2007⁽⁴⁸⁾. Foram mapeadas 9.503 instituições governamentais e não governamentais que desenvolvem ações de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, ensino e pesquisa. O mapeamento demonstra que, com exceção das instituições de ensino e pesquisa, a rede de atenção às questões do consumo de álcool e outras drogas constitui-se predominantemente por instituições não governamentais, particularmente as Comunidades Terapêuticas (55,2%) e os Grupos de Ajuda Mútua, a exemplo dos Alcoólicos Anônimos (12,9%). Os CAPSad representavam 33,7% das instituições assistenciais existentes no país.

(47) BRASIL. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. *Política Nacional sobre Drogas*. Brasília-DF, 2005.

(48) CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de. (Coord.) *Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007*: Relatório. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

A predominância das Comunidades Terapêuticas tem contribuído para a hegemonia do modelo de atenção baseado na internação e na abstinência como objetivo terapêutico exclusivo. Todavia, a análise dos dados relativos ao tempo de funcionamento das instituições assistenciais na área de álcool e outras drogas permite retratar uma realidade em transformação, induzida particularmente pela política de saúde mental e pela política de saúde específica para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, editadas no país a partir de 2001^{(49),(50),(51)}. A maior parte das instituições não governamentais (63,5%) existentes no país foi implementada até o final da década de 1990. A partir da década de 2000, observa-se a expansão das instituições assistenciais de natureza governamental, especialmente os CAPSad. O percentual de instituições governamentais pesquisadas que foram implementadas na presente década corresponde a 52,4%.

O acesso às instituições assistenciais tem sido decorrente principalmente da demanda espontânea do próprio usuário e/ou familiares, de encaminhamentos de outros dispositivos sociais e de saúde (rede hospitalar, conselhos tutelares, instituições religiosas, sistema de justiça, entre outros) e de atividades desenvolvidas pelas instituições no âmbito do território. O principal motivo de busca por tratamento nas instituições assistenciais pesquisadas são os transtornos decorrentes do uso abusivo e dependência de álcool, seguido daqueles relacionados a outras drogas. Para a admissão do usuário ao tratamento, as instituições apontam a concordância do usuário como o principal requisito. Outros aspectos valorizados como condição para a admissão do usuário a essas instituições são o compromisso da família no acompanhamento do tratamento, o encaminhamento formal de profissionais de outras instituições, a indicação médica formal e a autorização judicial.

Em relação à abordagem terapêutica, constata-se uma expressiva diversidade teórico-metodológica das práticas de cuidado adotadas. Entre estas, foram mencionadas como as mais frequentes a psicoterapia individual e em grupo, o acompanhamento familiar e as oficinas terapêuticas. O desenvolvimento de atividades de redução de danos sociais e à saúde, visitas domiciliares, acompanhamento social e o atendimento de pessoas com problemas psiquiátricos e clínicos decorrentes do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas foram referidos mais frequentemente entre as instituições assistenciais de natureza governamental. O tratamento aos problemas associados ao consumo de tabaco,

(49) BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. "Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental". In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*, cit., p. 17-20.

(50) BRASIL, 2002. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*, cit., p. 125-136.

(51) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*, cit.

assistência religiosa e os grupos de autoajuda, por sua vez, apresentam-se mais frequentes entre os recursos terapêuticos de instituições não governamentais.

A articulação com outros dispositivos sociais e de saúde do território desponta como uma ação necessária às instituições assistenciais, tendo em vista a promoção da (re)inserção social dos usuários assistidos. O encaminhamento foi descrito pelas instituições como a principal ação orientada para essa finalidade. A despeito da relevância dessa articulação, dentre as instituições pesquisadas apenas 60,7% referiram realizar o encaminhamento de usuários assistidos para dispositivos sociais e de saúde com o claro objetivo da (re)inserção social. Nesse quesito, não foi verificada distinção significativa entre as instituições governamentais e as não governamentais.

O papel da família no tratamento do usuário de álcool e outras drogas foi referido como sendo de grande importância pelas instituições assistenciais pesquisadas. Entretanto, o acompanhamento familiar apresenta-se mais frequente e intenso entre as instituições governamentais (77,2%). A participação da família no acompanhamento do tratamento caracteriza-se restrita em instituições orientadas pelo modelo de atenção baseado na internação, a exemplo das comunidades terapêuticas. Em muitas dessas instituições, a visita da família ao usuário em tratamento é limitada a uma vez ao mês, uma vez na semana ou quinzenalmente e, em alguns casos, chega a ser proibida. O tempo decorrido entre a internação e a autorização da visita da família também se mostra bastante variável, podendo esta ser permitida desde o primeiro dia até 90 dias depois de decorrida a internação.

Essa caracterização das instituições assistenciais faz sobressair aspectos que se reportam a antigos questionamentos no campo da saúde mental acerca da eficácia de um modelo de atenção baseado na internação, com repercussão na fragilização ou mesmo ruptura dos laços de convivência do usuário com a família e a comunidade. Considerando-se a magnitude da problemática do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas, esse modelo de atenção apresenta alcance limitado no que diz respeito à sua cobertura assistencial e à produção de impacto na realidade epidemiológica. Em contrapartida, o modelo alternativo de atenção, orientado para atenção contínua, integral e de base comunitária, almeja a ampliação do acesso às ações de prevenção, redução de danos sociais e à saúde, tratamento e reinserção social, além da produção de profundas transformações nos valores culturais e sociais em torno do cuidado aos transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas. Esse modelo fundamenta-se, ainda, na configuração de uma rede articulada de atenção que, englobando instituições governamentais e não governamentais, da saúde e de outros setores (assistência social, educacional, jurídico etc.), pretende responder de forma mais efetiva à complexidade da problemática do uso abusivo e dependência de drogas.

No que concerne à reorientação do modelo de atenção em saúde mental, a reforma psiquiátrica tem avançado com o processo de desinstitucionalização

a partir da redução progressiva, pactuada e planejada do número de leitos psiquiátricos e da expansão da rede de serviços substitutivos à internação hospitalar em saúde mental ⁽⁵²⁾. Na área de álcool e outras drogas, a expansão dos serviços substitutivos tem implicado no fortalecimento da rede de serviços públicos de atenção à questão. A implementação dos CAPSad, em especial, pode vir a propiciar a construção de práticas de cuidado cada vez mais compromissadas com a perspectiva da redução de danos sociais e à saúde, sensíveis à singularidade das necessidades de saúde dos usuários e orientadas para a promoção de seus direitos de cidadania.

III. O CAPSad E A ABORDAGEM DE REDUÇÃO DE DANOS

O CAPSad corresponde à principal instituição pública de atenção especializada aos transtornos decorrentes do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas. As políticas de saúde mental e de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas ^{(53),(54)} têm atribuído um papel estratégico a esse serviço quanto à reorientação do modelo de atenção na área. Alinha-se ao eixo preventivo e promocional da saúde a Lei n° 11.343/06 ⁽⁵⁵⁾ que inaugura, no acervo legislativo nacional, a distinção da condição de usuários e dependentes de drogas. Essa lei representa um avanço no paradigma contemporâneo de atenção à saúde do usuário de substâncias psicoativas ao definir, consoante o seu Art. 22, no âmbito dos serviços assistenciais, a elaboração de projetos terapêuticos individualizados, orientados para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde.

Em conformidade com esse propósito, foram delineados objetivos abrangentes ao CAPSad: 1) oferecer atendimento diário e de base comunitária a pessoas com transtornos graves e persistentes decorrentes do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas dentro da lógica de redução de danos, em regime de atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo; 2) gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico personalizado; 3) promover a inserção social dos usuários através do desenvolvimento de ações

(52) DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A.F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F.; PÔRTO, K.; HOFFMANN, M.C.C.L., MARTINS, R.; GRIGOLO, T. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, R. (Orgs.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-83.

(53) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*, cit.

(54) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

(55) BRASIL. Lei n° 11.343, de 23 de agosto de 2006. "Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências". *Diário Oficial [da] República do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2006.

no território e articulação da rede de saúde e intersetorial de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas; 4) desenvolver ações junto aos usuários, familiares e comunidade para minimizar fatores de vulnerabilidade e potencializar fatores de proteção ao consumo de álcool e outras drogas; 5) desenvolver ações no território de enfrentamento do estigma e do preconceito relativos ao consumo de álcool e outras drogas; 6) oferecer apoio matricial às equipes de atenção básica e de saúde da família na área de álcool e outras drogas, entre outros^{(56),(57)}. Compostas por uma equipe multiprofissional, as atividades terapêuticas ofertadas pelo CAPSAd incluem: acolhimento, atendimento individual e em grupo, atenção às famílias, visitas e atendimentos domiciliares, oficinas e grupos terapêuticos, repouso e desintoxicação ambulatorial, atividades comunitárias e assembleias ou reuniões de organização do serviço^{(58),(59)}.

Os primeiros serviços substitutivos de saúde mental especializados na atenção aos transtornos decorrentes do uso abusivo e dependência de drogas surgiram como experiências pontuais na segunda metade dos anos 1990, uma década depois da criação dos primeiros serviços substitutivos para a atenção aos transtornos mentais. Em 2002, o CAPSAd foi regulamentado pela Portaria GM nº 336/02. A sua implantação está prevista em municípios com mais de 70 mil habitantes ou que apresentem um quadro epidemiológico importante quanto ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas. De acordo com dados da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, 262 CAPSAd haviam sido implantados até julho de 2011⁽⁶⁰⁾. A despeito da expansão do número de CAPSAd no território nacional, a cobertura de serviços públicos de saúde aos usuários de álcool e outras drogas ainda se apresenta pouco expressiva. Partindo-se do pressuposto de que os municípios brasileiros poderiam implantar um CAPSAd para uma cobertura populacional de 70 mil habitantes, estima-se, com base em dados do último Censo Demográfico⁽⁶¹⁾, que o número de CAPSAd em funcionamento poderia ser de pelo menos 1.394 serviços.

A partir do *Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde*

(56) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*, cit.

(57) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*, cit.

(58) BRASIL. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*, cit., p. 125-136.

(59) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*, cit.

(60) BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 9, Brasília, ano 6, n. 9, jul. 2011. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 21 p. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/Saude_Mental_em_Dados_9.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2011.

(61) BRASIL. *População residente - Brasil*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popbr.def>> Acesso em: 10 ago. 2011.

(PEAD 2009-2010)⁽⁶²⁾ e do *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (2010)*⁽⁶³⁾, observa-se uma diversificação dos dispositivos de atenção psicossocial, com a implantação de novos serviços e estratégias, com foco na ampliação do acesso de usuários às redes de atenção à saúde e de assistência social, a exemplo dos Consultórios de Rua, dos CAPSad 24 horas e das Casas de Acolhimento Transitório. O CAPSad apresenta papel estratégico para a conformação da rede de atenção integral em seu território de atuação, mediante articulação com demais serviços de saúde e dispositivos sociais. Para os municípios com população inferior a 20 mil habitantes e, portanto, sem expectativa de implantação de nenhuma modalidade de CAPS, encontra-se, regulamentada pela Portaria n° 2.843/10⁽⁶⁴⁾, a constituição de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF III), cuja atuação deverá enfatizar as ações de prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas no âmbito da atenção básica.

Por constituir serviços de implantação recente no país, a produção científica de trabalhos empíricos sobre o modelo de atenção em construção a partir do CAPSad caracteriza-se escassa, mas de tendência ascendente como reflexo do próprio processo de expansão desses serviços na rede pública de saúde. Trata-se, em linhas gerais, de pesquisas qualitativas descritivas que, através do desenho de estudo de caso, exploram as percepções de usuários, familiares e

(62) BRASIL. Portaria GM n° 1.190, de 4 de junho de 2009. "Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas". *Diário Oficial [da] República do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 jun. 2009.

(63) BRASIL. Decreto n° 7.179, de 20 de maio de 2010. "Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências". *Diário Oficial [da] República do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2010.

(64) BRASIL. Portaria n° 2.843, de 20 de setembro de 2010. "Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas". *Diário Oficial [da] República do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 2010.

profissionais acerca dos saberes e das práticas de atenção^{(65),(66),(67),(68),(69),(70),(71)}. Dentre os desafios cotidianos para a assistência aos usuários de álcool e drogas no contexto do CAPSad, destaca-se a incorporação da concepção de redução de danos como racionalidade das práticas.

A abordagem de redução de danos emergiu como uma alternativa de saúde pública aos modelos de atenção fundamentados exclusivamente na abstinência⁽⁷²⁾. A Holanda e o Reino Unido desenvolveram iniciativas precursoras do modelo de redução de danos, que se consolidou na década de 1990 pelo impacto produzido na prevenção de transmissão do HIV/Aids entre usuários de drogas injetáveis (UDI)^{(73),(74)}.

Caracterizada como abordagem pragmática, as intervenções de redução de danos fundamentam-se no princípio de que o consumo de drogas sempre esteve e sempre estará presente na história da humanidade^{(75),(76),(77),(78)}, não sendo possível então suprimi-lo da sociedade, tal como aspirado pelo enfoque

(65) NASI, Cintia; HILDEBRANDT, Leila Mariza. O tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas na ótica de seus usuários. *Scientia Medica*, Porto Alegre, PUCRS, v. 14, n. 3, p. 240-248, 2004.

(66) OLIVEIRA, Elda de. *O desafio de assistir pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e ou dependência de álcool e outras drogas*. 2005. 186f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

(67) MORAES, Maristela. *O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais*. 2005. 151f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Recife, 2005.

(68) SILVA, Adriana Melo da. *Tratamento do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas CAPSad II – leste Natal/RN: uma avaliação da efetividade*. 2006. 171f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

(69) SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado; GONÇALVES, Sérgio Eduardo; MIELKE, Fernanda Barreto; GUADALUPE, Danieli Bispo. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 15, n. 2, p. 210-217, 2007.

(70) FODRA, Rosita Emilia Pereira. *Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas: análises dos discursos e das práticas no contexto da reforma psiquiátrica e atenção psicossocial*. 167f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2008.

(71) ALVES, Vânia Sampaio. *Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad)*. 2009. 365f. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

(72) MARLATT, Gordon Alan. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

(73) RITTER, Alison L.; CAMERON, Jacqui. *A systematic review of harm reduction*. Fitzroy: Turning Point Alcohol and Drug Centre, 2005.

(74) BALL, Andrew Lee. HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response. *Addiction*, v. 102, n. 5, p. 684-690, 2007.

(75) MARLATT, Gordon Alan. op. cit.

(76) RITTER, Alison L.; CAMERON, Jacqui. op. cit.

(77) TAMMI, Tuukka; HURME, Toivo. How the harm reduction movement contrasts itself against punitive prohibition. *International Journal of Drug Policy*, v. 18, n. 2, p. 84-87, 2007.

(78) BALL, Andrew Lee. op. cit., p. 684-690.

proibicionista, com foco na perspectiva criminogênica. Partindo desse pressuposto, a abordagem de redução de danos volta-se para o delineamento de estratégias para a minimização das consequências – danos e prejuízos psíquicos, físicos e sociais – relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas, sempre integrado ao binômio da vontade do sujeito e do seu direito a uma vida mais saudável, segundo a sua capacidade de ser construtor dessa opção mediante o apoio da família, da comunidade e do Estado. Para aqueles usuários dependentes que não manifestam o desejo ou que não conseguem ter a abstinência como uma meta a ser alcançada, a abordagem de redução de danos lhes confere a possibilidade de estabelecimentos de metas intermediárias, de forma a promover uma mudança gradativa no padrão de consumo e, conseqüentemente, minimização de sua exposição a fatores de risco sociais e à saúde.

A estratégia de redução de danos tem se configurado como uma “porta de entrada” dos usuários de álcool e outras drogas às redes de saúde e de assistência social, repercutindo, inclusive, no aumento da demanda por tratamento entre usuários assistidos por programas comunitários^{(79),(80),(81),(82)}. A condição de usuário de drogas, antes circunscrita ao âmbito jurídico-policial, passa a ter visibilidade no setor público de saúde, cabendo a este o acolhimento desses sujeitos para atenção humanizada de suas necessidades sociais de saúde. Na perspectiva dos direitos humanos avança-se para o respeito à singularidade da pessoa e à sua construção subjetiva, fortalecendo os meios para o reconhecimento do seu direito à dignidade.

A abordagem de redução de danos não se contrapõe à abstinência como uma meta terapêutica almejada^{(83),(84),(85),(86)}, uma vez que a intervenção de redução de danos se constitui na centralidade conferida ao usuário no planejamento do projeto terapêutico e no delineamento de metas intermediárias para alcance de seus objetivos, que podem ou não contemplar a abstinência. Configura-se, nessa centralidade, o respeito à construção subjetiva na perspectiva da sua dignidade. Respeita-se o usuário de drogas

(79) MARLATT, Gordon Alan. op. cit.

(80) EMMANUELLI, Julien; DESENCLOS, Jean-Claude. Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003. *Addiction*, v. 100, n.11, p. 1690-1700, 2005.

(81) BUNING, Ernst C. Vinte e cinco anos de redução de danos: a experiência de Amsterdã. In: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (Orgs.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 345-354.

(82) TEDESCO, Silvia; SOUZA, T.P. Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: CARVALHO, S.R.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. (Orgs.). *Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009. p. 141-156.

(83) MARLATT, Gordon Alan. op. cit.

(84) KELLOGG, Scott H. On “gradualism” and the building of the harm reduction-abstinence continuum. *Journal of Substance Abuse Treatment*, v. 25, n. 4, p. 241-247, 2003.

(85) MacMASTER, Samuel A. Harm reduction: a new perspective on substance abuse services. *Social Work*, v. 49, n. 3, p. 356-363, 2004.

(86) BEEK, Ingrid Van. Harm reduction: an ethical imperative. *Addiction*, v. 104, n. 3, p. 342-343, 2009.

e fortalece-se a sua autonomia, enquanto se preserva a corresponsabilidade nas intervenções de saúde. Para além do objeto das práticas de saúde, afirma-se, mediante a abordagem de redução de danos, a sua condição de sujeito de direitos e seu exercício de cidadania, entendido como o consumo responsável de substâncias psicoativas, comprometido com a redução dos danos relacionados a este consumo, seja para a sua saúde e integridade física, mas, sobretudo, seja para a sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do empenho contemporâneo para superar a discriminação das pessoas pelas suas escolhas pessoais relativas às mais diversas opções comportamentais, atitudinais, religiosas, culturais, sexuais ou políticas, defronta-se a saúde pública com um desafio que demanda, como nunca, a garantia dos direitos humanos. Trata-se, em verdade, de um binômio que contempla algumas variáveis na busca do equilíbrio em processo, ou seja, um equilíbrio que não se edifica de forma definitiva, mas que se ergue em uma dinâmica de interação de diversos atores: o usuário de álcool e de outras drogas, a sua família, a sua comunidade e o Estado, mediado pelos serviços de saúde.

O presente artigo, ao revisar o processo de formulação da política de saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, entende que a abordagem de redução de danos constitui uma racionalidade norteadora das práticas de cuidado que poderá fortalecer o protagonismo⁽⁸⁷⁾ daquele que, por motivos diversos, não privilegia o autocuidado no seu projeto de vida. Destaca-se a responsabilidade do Estado na implementação de políticas de saúde capazes de assimilar os princípios norteadores dos direitos humanos e de superar uma perspectiva penalista, proibicionista, que não contextualiza a complexa escolha pontual ou circunstancial de cada pessoa. Alcançando uma nova interpretação da realidade e promovendo o cuidado como vertente de integração subjetiva, familiar e comunitária, a estratégia de redução de danos volta-se para a minimização das consequências – danos e prejuízos psíquicos, físicos e sociais – relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas, sempre integrada ao binômio da vontade do sujeito e do seu direito a uma vida mais saudável, segundo a mobilização conjunta da sua capacidade de ser construtor de uma nova escolha, da escolha da sua dignidade e da sua cidadania.

(87) TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

REFERÊNCIAS

- ALVES, H.; KESSLER, Félix; RATTO, Lilian Ribeiro Caldas. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, supl. 1, p. 51-53, 2004.
- ALVES, Vânia Sampaio. *Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad)*. 2009. 365f. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- _____. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.
- ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F.G. Histórias das drogas. In: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (Orgs.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 9-14.
- BALL, Andrew Lee. HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response. *Addiction*, v. 102, n. 5, p. 684-690, 2007.
- BASTOS, Francisco I.; BERTONI, Neilane; HACKER, Mariana A. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, supl. 1, p. 109-117, 2008.
- BEEK, Ingrid Van. Harm reduction: an ethical imperative. *Addiction*, v. 104, n. 3, p. 342-343, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados - 9*, Brasília, ano 6, n. 9, jul. 2011. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 21 p. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/Saude_Mental_em_Dados_9.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório do Seminário sobre o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas na rede do SUS – Agosto, 2001. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, 2001. p. 106-111.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

_____. *População residente - Brasil*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popbr.def>> Acesso em: 10 ago. 2011.

_____. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. *Política Nacional sobre Drogas*. Brasília-DF, 2005.

BUNING, Ernst C. Vinte e cinco anos de redução de danos: a experiência de Amsterdã. In: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (Orgs.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 345-354.

CARDOSO, Luciana R. Donola; MALBERGIER, André; FIGUEIREDO, Tathiana Fernandes Biscuola. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/AIDS. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 35, supl. 1, p. 70-75, 2008.

CARLINI, Elisaldo de Araújo. et al. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*: 2005. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2006.

CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de. (Coord.) *Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007*: Relatório. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário: fundamentos, teoria e efetivação. In: AITH, F. et al (Orgs.). *Direito sanitário: saúde e direito, um diálogo possível*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p. 43-71.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Drogas: o desafio da saúde pública. In: ACSELRAD, G. (Org.). *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 165-181.

_____; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A.F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F.; PÓRTO, K.; HOFFMANN, M.C.C.L.; MARTINS, R.; GRIGOLO, T. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, R. (Orgs.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-83.

DORN, N. El concepto de reducción de daños en el marco internacional en relación con la producción, tráfico y uso de drogas: algunas cuestiones y problemas. *Eguzkilora: Cuadernos del Instituto Vasco de Criminología*, n. 16, p. 105-110, 2002.

EMMANUELLI, Julien; DESENCLOS, Jean-Claude. Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003. *Addiction*, v. 100, n.11, p. 1690-1700, 2005.

FODRA, Rosita Emilia Pereira. *Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas: análises dos discursos e das práticas no contexto da reforma psiquiátrica e atenção psicossocial*. 167f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2008.

GALDURÓZ, José Carlos Fernandes; CAETANO, Raul. Epidemiologia o uso de álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, supl. 1, p. 3-6, 2004.

_____; NOTO, Ana Regina; NAPPO, Solange Aparecida; CARLINI, Elisaldo de Araújo. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. esp., p. 888-895, 2005.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Psicologia & Sociedade*, v. 20, n. 2, p. 267-276, 2008.

HUNT, Paul; BACKMAN, Gunilla. Health systems and the right to the highest attainable standard of health. *Health and Human Rights*, v. 10, n. 1, p. 81-92, 2008.

KELLOGG, Scott H. On “gradualism” and the building of the harm reduction-abstinence continuum. *Journal of Substance Abuse Treatment*, v. 25, n. 4, p. 241-247, 2003.

MACHADO, Ana Regina. *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas*. 2006. 151f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MacMASTER, Samuel A. Harm reduction: a new perspective on substance abuse services. *Social Work*, v. 49, n. 3, p. 356-363, 2004.

MARKEZ, I. A. Aspectos sanitarios de la reducción de daños y riesgos en época de globalización. *Eguzkilore: Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, n. 16, p. 137-151, 2002.

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

MELONI, José Nino; LARANJEIRA, Ronaldo. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, supl. 1, p. 7-10, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 1, p. 35-42, 1998.

MORAES, Maristela. *O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais*. 2005. 151f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Recife, 2005.

NASI, Cintia; HILDEBRANDT, Leila Mariza. O tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas na ótica de seus usuários. *Scientia Medica*, Porto Alegre, PUCRS, v. 14, n. 3, p. 240-248, 2004.

NIEL, M. Aspectos históricos sobre o uso de drogas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 139-142. CD Rom.

OLIVEIRA, Elda de. *O desafio de assistir pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e ou dependência de álcool e outras drogas*. 2005. 186f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

PERRENOUD, Luciane Ogata; RIBEIRO, Marcelo. Histórico do consumo de crack no Brasil. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRAS, R. (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p. 43-48.

PONCE, Julio de Carvalho; ANDREUCCETTI, Gabriel; JESUS, M. G. S.; LEYTON, Vilma; MUÑOZ, Daniel Romero. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 35, supl. 1, p. 13-16, 2008.

PONCE, Julio de Carvalho; LEYTON, Vilma. Drogas ilícitas e trânsito: problema pouco discutido no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 35, supl. 1, p. 65-69, 2008.

REIS, A. D.; FIGLIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo. Prevalence of substance use among trauma patients treated in a Brazilian emergency room. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n. 3, p. 191-195, 2006.

RIBEIRO, Marcelo; DUALIBI, Ligia Bonacim; PERRENOUD, Luciane Ogata. Perfil do usuário e história natural do consumo. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRAS, R. (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p. 60-73.

RITTER, Alison L.; CAMERON, Jacqui. *A systematic review of harm reduction*. Fitzroy: Turning Point Alcohol and Drug Centre, 2005.

ROTELLI, F.; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-55.

SILVA, Adriana Melo da. *Tratamento do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas CAPSad II – leste Natal/RN: uma avaliação da efetividade*. 2006. 171f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

SILVEIRA, Dartiu Xavier; JORGE, Miguel Roberto. Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, n. 3, p. 145-151, 1999.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado; GONÇALVES, Sérgio Eduardo; MIELKE, Fernanda Barreto; GUADALUPE, Danieli Bispo. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 15, n. 2, p. 210-217, 2007.

TAMMI, Tuukka; HURME, Toivo. How the harm reduction movement contrasts itself against punitive prohibition. *International Journal of Drug Policy*, v. 18, n. 2, p. 84-87, 2007.

TEDESCO, Sílvia; SOUZA, T.P. Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: CARVALHO, S.R.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. (Orgs.). *Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009. p. 141-156.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reinvenção da cidadania, Empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 169-194.

ZILBERMAN, Monica L.; BLUME, Sheila B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, supl. 2, p. 51-55, 2005.