



PARADIGMAS E DESAFIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS BRASILEIRAS NO TRATO DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: da marginalização à redução de danos

GANDOLFI, Carolina Melati

RESUMO: Este artigo tem como objetivo construir reflexões sobre perspectivas e desafios que se armam considerando os modelos vigentes na atenção aos usuários de álcool e outras drogas. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica e posterior sistematização dos materiais selecionados, com base em referencial teórico amplo. Assim, identificou-se que o fenômeno do uso de álcool e outras drogas não é recente no mundo, sofrendo alterações junto às mudanças societárias. As medidas estatais sofreram transformações com o tempo, passando do total repúdio ao uso de substâncias e criminalização a quem faz uso, para a criminalização intensa a quem trafica drogas e a lógica da redução de danos. As reflexões comparativas entre os modelos de abordagem contribuem para discernir que lógicas criminalizadoras ou patologizantes levam a compreensões reducionistas sobre o uso e não favorecem a construção de estratégias interventivas eficazes, além de afastarem as pessoas dos serviços das políticas sociais públicas.

PALAVRAS-CHAVE: Álcool; Drogas; Políticas Públicas.

1 INTRODUÇÃO

Primeiramente, justifica-se a definição por este tema através da sua relevância social, tendo em vista que o uso de álcool e outras drogas se caracteriza como um fenômeno recorrente em todas classes sociais e em diferentes períodos históricos, potencializando-se no cenário capitalista atual, onde reproduz-se o comércio ilegal dessas substâncias e dissemina-se na mídia o consumo daquelas que são legais. Ainda, é importante destacar que o debate acerca da problemática de álcool e outras drogas é relevante ao trabalho em Serviço Social em razão de que o usuário destas substâncias transita nos mais diversos serviços das políticas sociais públicas.

A temática trabalhada no estudo diz respeito às políticas sociais públicas e ao uso de álcool e outras drogas e tem como objetivo construir reflexões sobre as perspectivas e desafios que se armam considerando os modelos vigentes. Ainda, mais especificadamente, se pretende discutir em que medida o uso de álcool e outras drogas tem sido considerado um problema na sociedade bem como desenvolver estudos que possibilitem demarcar os modelos que tem norteado as normativas e legislações, além das perspectivas e desafios decorrentes desse contexto.

Cabe destacar que a metodologia utilizada na construção deste trabalho foi a revisão bibliográfica, entendendo este processo de revisão como uma retomada dos discursos presentes nas obras de diversos autores e do processo de estabelecer uma crítica à estes,



sendo o conceito de crítica aquele em que se busca estabelecer diálogos reflexivos com os materiais estudados, articulando-os, tanto literatura quanto normativas e legislações. As reflexões utilizadas para a articulação dos materiais pautaram-se nos pressupostos que fundamentam a Teoria Social Crítica.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: NO MEIO DO CAMINHO TINHA UMA PEDRA/ TINHA UMA PEDRA NO MEIO DO CAMINHO

Sabe-se, conforme a literatura sobre o tema, que até a década de 80, o consumo de drogas ilícitas não era considerado um problema da saúde pública ou de responsabilidade governamental. Porém, é importante lembrar que o uso abusivo do álcool era responsável por um dos mais altos índices de internação nos hospitais psiquiátricos (Resende, 1987), o que acabou se constituindo uma das grandes preocupações dos médicos da época.

Somente a partir da segunda metade da década de 80 que, no Brasil, rompeu-se o hiato criado entre a segurança e a saúde pública no que se refere ao uso e ao abuso de drogas.

Assim, a primeira iniciativa que ofereceu assistência aos usuários de álcool foi implantada no Brasil com o nome Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo de Álcool (PRONAL), em que a atenção em saúde era específica para estes usuários, pressupondo a participação de vários profissionais da saúde para prestarem assistência ao alcoolista bem como aos seus familiares. (FORNAZIER; SIQUEIRA, 2006 apud PINHO, 2009, p. 42).

É importante ressaltar que neste período estava em trânsito a Reforma Sanitária, que teve a Reforma Psiquiátrica ocorrendo em seu bojo. A Reforma Psiquiátrica se intensificou no período de 1980, sendo esse período de grandes mudanças no país, época em que o Brasil estava passando por um processo de redemocratização e contestação do modelo de atenção psiquiátrico vigente. Em consequência disso, anos depois ocorreu “[...] uma mudança na forma de atenção aos indivíduos portadores de sofrimento psíquico [que] [...] influencia a mudança na atenção aos usuários de álcool e outras drogas.” (PINHO, 2009, p. 42, colchetes nosso).

Amarante (1995 apud PINHO, 2009, p. 42-43) argumenta ainda que a I Conferência Nacional de Saúde Mental marcou o fim da inserção da luta antimanicomial dentro da trajetória sanitária, abrindo portas para a luta de desinstitucionalização das pessoas acometidas com transtornos mentais. Ainda neste período, ocorreu o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, em São Paulo e o início de processos de intervenção em hospitais psiquiátricos. Entende-se também que, apesar da evolução da legislação e da oferta de alternativas de “tratamento” para os usuários, a lógica que está presente ainda é a proibicionista, central à guerra às drogas estabelecida mundialmente.



A compreensão da lógica proibicionista, e a posterior crítica a esta, perpassa o entendimento de suas principais premissas: a primeira é de que “[...] a ingestão de qualquer uma das drogas [...] é fisiológica e mentalmente danosa. [...] Não há padrão, quantidade ou nível seguro para o consumo dessas drogas.” (FIORE, 2012, p. 10); e a segunda premissa define que “[...] o Estado deve agir em duas frentes: impedir a produção e o comércio dessas substâncias e reprimir seus consumidores.” (IDEM, p. 11). Estas duas premissas podem ser visivelmente aplicadas dentro da estratégia de guerra às drogas, estimulada em grande parte das sociedades, especialmente no Brasil.

As críticas que se fazem a este modelo se iniciam com a discussão de que os danos individuais e sociais do consumo de drogas não justificam a sua proibição, conforme Fiore (2012, p. 11). Ou seja, a possibilidade de ocorrerem danos individuais e sociais que tenham origem no consumo de drogas ilícitas, por exemplo, não justificaria a sua proibição, tendo em vista que para a testagem de novos medicamentos, as pessoas que os usam como cobaias também estão correndo risco e este processo não é proibido em nossa sociedade. Ainda, existem produtos que são substâncias psicoativas que não possuem quaisquer aplicações médicas oficiais, mas que são amplamente consumidos como “[...] as bebidas alcoólicas, as bebidas estimulantes (café, chá e energéticos) e o tabaco.” (FIORE, 2012, p. 12).

Pode-se também apontar as drogas psicoativas que não são lícitas, que apesar de ilegais, são consumidas de forma maciça no mundo todo, sendo que o Estado não possui controle algum sobre sua comercialização e reduz seus esforços a “[...] obrigar a seus cidadãos que se mantenham distantes para que não coloquem a si e a sociedade em risco.” (IDEM, p. 12)

Todas essas drogas psicoativas têm grande potencial de dano, seja fisiológico, seja mental. Além disso, uma parte significativa delas é bastante tóxica, gerando grande número de mortes acidentais todos os anos. E, o que é mais importante, os indivíduos podem consumi-las de maneira abusiva, seja esporádica, seja frequentemente, o que pode levar tanto a comportamentos perigosos como a quadros graves de dependência. (FIORE, 2012, p. 12-13)

A partir da constatação da falência da estratégia de guerra às drogas, ante o aumento da variedade e do uso e a precocidade do consumo de drogas, o Estado brasileiro, apoiado pelos movimentos sociais em prol dos direitos humanos, criou políticas públicas direcionadas às pessoas que usam drogas, principalmente aquelas ilícitas. (MACHADO, 2013, p. 584)

Uma análise que contribuiu para o rompimento - ao menos legalmente - com a lógica totalmente proibicionista é de que o uso destes

[...] produtos, plantas e moléculas tem diversas motivações e parte delas são de indiscutível importância para a humanidade: ajudam no enfrentamento de doenças e infecções, aliviam a dor, apaziguam a ansiedade, melhoram o desempenho,



despertam prazer, excitam, inspiram reflexões, facilitam relações sociais e, o que talvez seja uma combinação de cada uma dessas coisas, suspendem a forma ordinária de perceber o mundo. Por essas e muitas outras razões, os seres humanos as procuraram em toda a história e continuarão a fazê-lo. (FIORE, 2012, p. 13)

Concomitantemente, Fiore (2012) aponta que a premissa proibicionista exagera em fazer do Estado (que tem como principal motivo de sua existência a garantia de direitos e liberdades individuais) aquele que promove “[...] interdições por meio da criminalização que impeça a adultos dispor de seus corpos (e ainda supor [...] que eles, com isso, deixarão de fazê-lo)” (IDEM, p. 13). O autor ainda reflete que o Estado se insere em disputas de interesses e valores de determinada sociedade muitas vezes antagônicos e que, justamente por isso, este ente não deveria interferir na autonomia sobre o próprio corpo da população.

As práticas corporais e a ingestão de substâncias devem ser um desses marcos de autonomia, e as interdições tutelares só se justificariam em casos individuais com cuidadoso processo médico- judiciário. E, se esse é o caso do consumo de algumas substâncias hoje proscritas, então o Estado teria, por decorrência, que estender a interdição para um campo geral das drogas, dos alimentos e até de outras práticas tidas como “perigosas”. (FIORE, 2012, p. 13, grifo nosso)

Entretanto, conforme abordado anteriormente, a lógica proibicionista que rege a legislação ainda, por vezes, acaba se voltando apenas ao incentivo da abstinência, tornando essa meio e fim do tratamento em saúde, não apresentando possibilidade de escolha aos indivíduos. Essa perspectiva, poderia se dizer, nega o direito básico de livre arbítrio sobre o corpo, bem em relação aos desejos individuais e particulares e aos projetos de vida. Além disso, um modelo de atenção à saúde que se ancora na insistente exigência quanto à abstinência, acaba por afastar as pessoas dos serviços de saúde.

Uma das limitações apontadas para o modelo de atenção à saúde baseado exclusivamente na abstinência refere-se ao fato de esta condição representar uma importante barreira ao acesso das pessoas que fazem uso prejudicial ou apresentam dependência de drogas às instituições de saúde **A alta exigência em torno da abstinência implica ainda censuras e recriminações aos episódios de recaída ou reincidência ao uso de drogas, tornando as instituições de saúde espaços pouco acolhedores àqueles estigmatizados como “fracos”, “vagabundos”, “sem-vergonha”, “imorais”.** (ALVES, 2009, p. 2312, grifo nosso).

Conforme Santos (2012, p. 85), é sabido que o debate em torno da questão do uso de álcool e outras drogas sempre passou por questionamentos éticos, em grande parte pelo receio acerca do potencial para abuso e dependência dessas substâncias. Porém, desde a década de oitenta, conforme mencionado anteriormente, o debate sobre direitos humanos ficou cada vez mais acalorado e com a Constituição de 1988, várias áreas se tornaram direitos garantidos a todos os cidadãos brasileiros, incluindo a saúde nesta listagem. Nesse contexto, entende-se que

o usuário de drogas [...] também é um ser com direito à saúde, e **deve ser acolhido, vinculado e assistido em sua singularidade e inserção sócio-cultural como qualquer outro usuário** dos serviços de saúde. (SANTOS, 2012, p. 88, grifo nosso)



Diante disso, e do aparente atraso histórico em considerar o usuário de álcool e outras drogas como demandatário de atenção à saúde e não apenas à política de segurança, em 2003 o Ministério da Saúde publicou um documento, denominado “A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas”, que acabou por se tornar a principal diretriz do trabalho nesta área. Ante o apresentado, cabe destacar que esta política

[...] tem nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica seus eixos centrais, a partir dos quais trabalha as especificidades de seu público-alvo. Suas principais orientações visam o **estabelecimento e fortalecimento de um trabalho em rede, para proporcionar atenção integral, acesso facilitado aos serviços, participação do usuário no tratamento e a criação de serviços de atenção diária como alternativa ao hospital psiquiátrico** [...]. (IDEM, p. 88, grifo nosso)

Partindo do ponto de que a Redução de Danos é a estratégia norteadora da Política para Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas, é relevante compreender que a mesma não se deu de forma fácil na conjuntura brasileira, mas foi fruto de conquistas em relação ao cuidado em saúde. Em vista disso, Mesquita e Bastos (1994 apud ALMEIDA, 2003, p. 54) colocam que se levou certo tempo para que as práticas da redução de danos fossem compreendidas enquanto uma atitude eficiente com relação aos efeitos nocivos das drogas e, especialmente, no controle da disseminação da epidemia da AIDS.

Torna-se interessante analisar que a redução de danos, mesmo contestada a partir de uma concepção moralista, religiosa e/ou preconceituosa, se mantém enquanto prática de saúde pública, cujo objetivo central é

[...] preservar a vida de milhares de pessoas expostas a [...] infecções durante o ato de consumir drogas ou devido aos estados alterados de consciência por elas propiciados, e que não desejam, ou se desejam não conseguem, através dos recursos habitualmente disponíveis, abandonar o seu consumo. (ANDRADE, 2010, p. 88).

Desse modo, a redução de danos se estrutura a partir de alguns princípios fundamentais, mas trataremos aqui de um princípio apenas, considerado central nesta estratégia, o direito de respeito aos usuários de drogas.

Direito este [...] interdito pelo preconceito e pela atenção excessivamente focada na repressão às drogas ilícitas, os quais de certa forma dão respaldo às arbitrariedades cometidas contra usuários de drogas, mesmo em culturas onde a legislação vigente, em momento algum, proíbe ao indivíduo o uso pessoal de qualquer produto e/ou substância ainda que supostamente lhe sejam nocivos [...]. (ANDRADE, 2010, p. 88).

É importante destacar que a redução de danos pode abarcar diversas ações, a partir dos recursos disponíveis e dos diferentes usuários a serem acompanhados, tais como: troca de seringas usadas por novas, uso de hipoclorito de sódio para limpeza de agulhas e seringas usadas, ações dos agentes comunitários de saúde ou redutores de danos, como são chamados no Brasil, salas de tolerância (espaços onde o uso de droga é permitido e se



fazem os cuidados de prevenção), terapia de substituição de uma droga por outra com menos consequências negativas para a saúde, e a prescrição da própria droga de consumo, em serviços públicos que, além de oferecer a droga de forma gratuita – o que evita a intermediação do tráfico e todas as suas consequências – propicia condições seguras e protegidas de uso. (IDEM, p. 88). Cabe lembrar que no Brasil, como poucas SPA são lícitas, os espaços de tolerância e prescrições de droga não ocorrem.

Em texto publicado pelo Ministério da Saúde (2003, p. 10, grifos nossos) a redução de danos é assim explicada:

[...] reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que **a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros**. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar **significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando**. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam.

Esta explicação demonstra o cuidado em saúde preconizado por esta política, e de que a opção pela lógica da redução de danos, em contraponto à lógica anterior de somente a abstinência como meio e fim do tratamento em saúde apresenta um olhar muito mais subjetivo em relação à realidade dos usuários de álcool e outras drogas, e que compreende estes como cidadãos plenos de direitos, tanto de direitos civis e políticos, como de direitos sociais.

Destarte, é necessário refletir que apesar dos diversos avanços documentais, “[...] lidar com o enfrentamento do consumo de álcool e outras drogas é como ‘atirar em um alvo em movimento’, dada a velocidade com que novas drogas são postas em circulação e os problemas decorrentes de seu uso, cada vez mais complexo”. (SANTOS, 2012, p. 89). Isto é, as estratégias que são utilizadas para tratar/pensar sobre a questão de álcool e outras drogas devem estar constantemente sendo revistas, diante da velocidade com que são criadas novas SPA. Observa-se que a autora, ao realizar esta análise, utiliza o termo “enfrentamento”, e compreende-se que esta terminologia acaba por reiterar a lógica da chamada “guerra às drogas”, que entende que quaisquer substância psicoativa deve ser eliminada e que não existe possibilidade de um consumo seguro de qualquer droga.

Discute-se aqui que o Estado reitera a premissa de que drogas são proibidas em normativas por serem maléficas, e de que as drogas são maléficas por já serem proibidas em lei, criando um ideário social de que não se deve falar sobre o tema. Fiore (2012, p. 14) trata esta questão como uma falácia proibicionista e compreende que é naturalizada a proibição como sendo a única forma de tratamento à questão e que, enquanto existirem



compreensões simplistas, as leis irão continuar determinando que o seu consumo é errado e, desta forma, punível aos olhos da justiça do Estado.

Diante disso, pode-se analisar que a redução de danos é apresentada enquanto caminho que possibilita uma escolha e análise dos usuários sobre qual norte poderão seguir, diante de suas possibilidades. Em linhas gerais, existem algumas medidas de redução de danos (trocas de seringas, assistência médica ao usuário) que por vezes parecem ser as únicas pensadas nessa lógica, porém, ela engloba “[...] serviços interdisciplinares de aconselhamento e acompanhamento dos indivíduos considerados como ‘estilos de vida arriscados’”. (RODRIGUES, 2003, p. 263-264), o que difere grandemente da lógica da abstinência total, que negaria acesso aos sujeitos que possuem este “estilo de vida”.

Um ponto que é interessante de ser analisado na escolha da redução de danos enquanto norte da política é que a mesma desafia a refletir se o problema está no uso de drogas ou na maneira como ele é feito na nossa sociedade, sendo que esse entendimento “[...] viabiliza que as pessoas conheçam as drogas, suas possibilidades, impossibilidades e riscos, sabendo usá-las de maneira consciente e menos nociva.” (ALMEIDA, 2003, p. 55).

Cabe ressaltar aqui também que é preciso ultrapassar ideias de senso comum para melhor compreender a problemática em pauta:

[...] a constante busca de soluções para a toxicomania acaba gerando uma homogeneização, criando “valas comuns” conceituais que [...] nada contribui para o avanço da questão. Do ponto de vista social, essa vala comum destinada ao usuário de drogas gera um perverso efeito, o estigma, nos termos que nos foi legado pela criminologia da reação social e que está impregnado no pensamento da coletividade. (VARGAS, 2011, p. 6, grifo nosso)

Uma conclusão que se chega, guiada por Vargas (2011) é de que o senso comum compreende o uso de drogas como comportamento desviante daquilo que é considerado como a norma vigente, não sendo permitido dentro da consciência de pureza da normalidade entendida que trata o “anormal” como disfuncional à sociedade.

Assim, ao nomear os sujeitos que usam drogas, ao “enquadrá-los” como “drogados” fazem com que essas pessoas encontrem um lugar para elas dentro dessa ordem, uma espécie de depósito onde sobrepomos as diferenças, os desviados. Lembrando que não são apenas de muros e celas que se erguem os grandes depósitos, pois a forma mais perversa de segregação é aquela formada por nossas próprias concepções teóricas. (IDEM, p. 6, grifo nosso)

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da discussão previamente apresentada, é possível compreender que os dois paradigmas - proibicionismo e redução de danos – estão em disputa nos diversos espaços da nossa sociedade, e que, por vezes, se faz presente nos serviços de saúde que atendem os usuários de álcool e outras drogas. É necessário entender que as drogas sempre fizeram



parte da humanidade, e que os fatores que determinam quais são lícitas ou ilícitas são convenções sociais, que partem de razões culturais, religiosas ou financeiras. (CONTE, 2001 apud ALMEIDA, 2003, p. 55).

Apesar disso, muitos profissionais da saúde assumem posturas por vezes autoritárias perante os usuários, culpabilizando-os quando há “recaída” no uso de SPA ou quando deixam de comparecer ao serviço por longos períodos, por exemplo. Aqui é possível problematizar até a utilização do termo recaída, que pressupõe que o uso de drogas, por si só, coloca o sujeito em uma posição inferior, “caída”, com relação ao resto da população, já estabelecendo uma relação de poder e violência.

Essa postura impossibilita uma constituição/manutenção de vínculo com o usuário, tendo em vista que nem todos tem a abstinência total como horizonte do “tratamento”, e muitos profissionais acreditam apenas nesse fim. Ressalta-se a importância da compreensão da política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas por parte dos profissionais, a fim de haver coesão nas atitudes/ações profissionais que são tomadas no espaço sócio-ocupacional.

Esta questão pode ser vista também a partir da percepção de que é difícil aos profissionais o desapego do tradicional “ideal” de saúde, sendo que isso por vezes gera certo grau de frustração e impotência, pois suas ações se limitam às possibilidades e desejos dos usuários, não sendo possível “salvar” as pessoas. Ao colocar o desejo do usuário acima da expectativa que se tem sobre ele, ultrapassa-se qualquer tipo de preceito moral que se tenha sobre o uso de álcool e outras drogas.

Ainda, reflete-se que a sociedade capitalista em que vivemos estimula comportamentos de dependência com diferenciadas substâncias ou ações, como por exemplo, a dependência de açúcar, de consumir objetos, entre outros. Isto é possível de ser observado quando Iamamoto (2012, p. 25) afirma que “os homens tem necessidades sociais e carecimentos a satisfazer e, por meio do trabalho, buscam produzir objetos úteis para respondê-los [...]”, sendo neste caso, a produção de substâncias psicoativas que tem como objetivo o de “preencher vazios” na existência de cada sujeito.

O proibicionismo questiona a existência das drogas, tendo em vista que estas incentivam o comportamento desviante do “comum/normal” e assim, fazem com que o indivíduo estabeleça uma relação de dependência com determinada droga fazendo com que sua existência passe a girar apenas em torno daquele produto. Entretanto, esta lógica não permite a compreensão do indivíduo como responsável por seu corpo e ator de sua própria história, capaz de tomar decisões por conta própria (apesar de saber-se que muitas pessoas passam a usar substâncias psicoativas por motivos distintos, entre eles, inclusive, a vontade e o prazer que vem do consumo).



Tendo em vista esta lógica capitalista do consumo, pode-se analisar que o uso destas substâncias serve de diversas formas na contemporaneidade: para aliviar possíveis tensões, criar o sentimento de pertencimento, preencher alguns vazios que cada indivíduo pode vir a sentir, além de seu consumo apenas recreativo.

Apesar desta conjuntura, tem-se a concepção de “vício” apenas àquele relacionado ao uso de drogas, impossibilitando qualquer tipo de reconhecimento desse usuário como ser humano, cidadão, pertencente a um meio que pode ou não determinar suas ações e decisões de vida. Ainda que existam alternativas no cuidado em saúde, por exemplo, que incentivem o olhar sob a totalidade do sujeito, seu modo de vida por inteiro, o principal desafio perante o atendimento a estes usuários é o de romper com a estigmatização e rotulação dos mesmos, que geram condutas antiéticas, irresponsáveis e que podem trazer danos à saúde e à vida dos usuários.

Ainda, trata-se aqui que, como assistente social, o profissional deve ter sempre em vista o desenvolvimento de “[...] sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes do cotidiano.” (IAMAMOTO, 2012, p. 20). Ou seja, o profissional precisa se colocar em uma posição propositiva, não apenas executiva das políticas públicas.

Questiona-se por meio deste estudo esta lógica que tende a estigmatizar o sujeito que não quer deixar de consumir a SPA que faz uso, levando à compreensão de que o total abandono da droga é a única alternativa para que a pessoa “retome sua vida normal”. Critica-se esta perspectiva por reiterar a desigualdade social existente na sociedade e negar os esforços individuais dos sujeitos para mudar sua realidade de vida, qualquer que seja.

Acredita-se que este tema é passível de ser resgatado constantemente, nos mais diversos tipos de produção de conhecimento, a fim de que abram-se espaços de discussão acadêmica que possam possibilitar reflexão sobre o uso de álcool e outras drogas, para além da compreensão de senso comum e estigmatização do usuários destas substâncias, e, assim, adensar estudos já existentes, independente da categoria profissional que o autor pertença.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Cíntia Bortolotto. **Conceito de redução de danos: uma apreciação crítica.** In: Boletim da Saúde / Secretária da Saúde do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública. – v. 17, n. 1, 2003 – Porto Alegre.



ALVES, Vânia Sampaio. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, nov/2009.

ANDRADE, Tarcísio Mattos de. **Redução de danos: um novo paradigma?**, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários De Álcool e Outras Drogas.** Brasília – DF, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>.

FIORE, Maurício. **O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas.** In: Revista Novos Estudos, nº 92, março de 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 23. Ed – São Paulo, Cortez, 2012.

MACHADO, Leticia Vier. BOARINI, Maria Lúcia. **Políticas sobre Drogas no Brasil: a Estratégia da Redução de Danos.** In: Revista Psicologia: Ciência e profissão. 2013, p. 580-595.

PINHO, Paula Hayasi. **Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial.** Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

RODRIGUES, Thiago. **Política de drogas e a lógica dos danos.** In: Revista Verve, nº 3, 2003.

SANTOS Jéssica Adrielle Teixeira; OLIVEIRA Magda Lúcia Félix. **Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico.** Journal of Nursing Health. Health – Faculdade de Enfermagem UFPel. Pelotas (RS). 2012 jan/jun; p. 82-93.

VARGAS, Jonas. **O homem as drogas e a sociedade: um estudo sobre a (des)criminalização do porte de drogas para consumo pessoal.** Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2011.