REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

ENTRE O CUIDADO E A GARANTIA DE DIREITOS: REFLEXÕES SOBRE AS DIRETRIZES DA REDUÇÃO DE DANOS NO SUS

BETWEEN CARE AND THE GUARANTEE OF RIGHTS: REFLECTIONS ON HARM REDUCTION GUIDELINES IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS)

Ciências Humanas, Ciências da Saúde • 07/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/793949245

Giovanni Beloti Leal[1]

Lívia Maria Vieira Brilhante[2]

RESUMO

Este artigo analisa as diretrizes da redução de danos no Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia de cuidado e de garantia de direitos das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada entre fevereiro e maio de 2026 nas bases Biblioteca Virtual de Saúde e SciELO, com busca manual complementar, que reuniu sete materiais científicos e três documentos institucionais publicados entre 2000 e 2026. A análise qualitativa e teórico-conceitual organizou o conteúdo em cinco categorias: atenção psicossocial e cuidado em liberdade; estabelecimento do vínculo e interações sociais; cuidado territorializado e coletivo; criação de espaços de reflexão e controle social; e redução de danos como tecnologia pedagógica em saúde. Os resultados indicam que a redução de danos ultrapassa a minimização dos riscos do uso de drogas e abrange a valorização da autonomia, da participação social, da integralidade do cuidado e dos direitos humanos. Os achados também apontam desafios, como a permanência de estigmas, a influência de discursos moralizantes e as dificuldades de articulação entre as políticas públicas. Conclui-se que ampliar o diálogo social, qualificar os trabalhadores da saúde e incentivar a participação popular fortalece a redução de danos como compromisso ético com a vida e a cidadania.

Palavras-chave: Redução de danos; Sistema Único de Saúde; Atenção psicossocial; Cuidado em liberdade; Direitos humanos.

ABSTRACT

This article analyzes harm reduction guidelines in the Brazilian Unified Health System (SUS) as a care strategy and a means of guaranteeing the rights of people who use psychoactive substances. It is a narrative literature review, conducted between February and May 2026 in the Virtual Health Library and SciELO databases,

complemented by manual searching, which gathered seven scientific materials and three institutional documents published between 2000 and 2026. The qualitative, theoretical-conceptual analysis organized the content into five categories: psychosocial care and care in freedom; bond building and social interactions; territorialized and collective care; creation of spaces for reflection and social control; and harm reduction as a pedagogical health technology. The results indicate that harm reduction goes beyond minimizing the risks of drug use and encompasses the appreciation of autonomy, social participation, comprehensive care, and human rights. The findings also point to challenges, such as the persistence of stigma, the influence of moralizing discourses, and difficulties in coordinating public policies. The study concludes that expanding social dialogue, training health workers, and encouraging popular participation strengthen harm reduction as an ethical commitment to life and citizenship.
Keywords: Harm reduction; Unified Health System; Psychosocial care; Care in freedom; Human rights.

1. INTRODUÇÃO

No século XX, o cenário internacional foi marcado por processos históricos que contribuíram para o fortalecimento e a consolidação do movimento proibicionista. A partir desses tensionamentos, o consumo de drogas passou a ser associado a práticas de repressão e intolerância, sustentadas por mecanismos de criminalização e condenações morais voltados ao controle de corpos subalternos, configurando o fenômeno que ficou conhecido como *guerra às drogas* (Machado e Miranda, 2007). Como consequência, houve a internalização de significantes sociais atrelados à estigmas em torno das pessoas que fazem uso de drogas, influenciando a atuação dos

profissionais de saúde e favorecendo a construção de práticas pautadas na periculosidade, no julgamento moral e na exclusão social.

Devido os impactos do índice de HIV/aids associados ao uso de drogas injetáveis no período da década de 80, o município de Santos (SP) se destacou pelo desenvolvimento de práticas preventivas no combate à epidemia, sendo a primeira cidade no Brasil a atuar com ações redutoras de danos, por meio da troca de seringas e a distribuição de preservativos na rede de atenção em saúde (Mesquita, 2020). Assim, a redução de danos surge como uma proposta de política pública para drogas, orientada sob o viés do cuidado multidimensional do sujeito, da participação popular no exercício da cidadania e da construção coletiva de práticas terapêuticas a cada contexto social (Passos e Souza, 2011; Petuco, 2020).

Instituída como estratégia de saúde pública pelo Ministério da Saúde em 2003, a redução de danos foi consolidada a partir de iniciativas construídas junto à populações em situação de vulnerabilidade que não tinham como objetivo a interrupção do uso de substâncias psicoativas. A proposta passou a reconhecer a necessidade de desenvolver intervenções compatíveis com a realidade e as demandas dos indivíduos, sem impor o cuidado em abstinência. Considerando sua forte inserção territorial, as ações redutoras de danos assumiram um papel fundamental na promoção da qualidade de vida, fomentando debates acerca do cuidado em liberdade, da responsabilidade individual e coletiva, bem como dos princípios da universalidade e da integralidade que orientam o SUS (Brasil, 2003).

Através das reflexões apresentadas, partindo da construção das discussões inicialmente desenvolvidas no artigo científico que versa sobre *as dimensões da redução de danos como um cuidado possível em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde* (Leal e Silva, 2025), foi evidenciado os desafios relacionados à implementação da redução de danos na prática cotidiana da rede de atenção à saúde, especialmente em decorrência dos estigmas historicamente associados ao uso de substâncias psicoativas. Entretanto, o estudo também revelou a existência de iniciativas construídas pelos trabalhadores da saúde voltadas ao aprimoramento de suas práticas, à articulação intersetorial, ao matriciamento entre os dispositivos de cuidado, às ações territorializadas e ao fortalecimento dos vínculos entre profissionais e usuários.

Nesse sentido, o presente trabalho busca aprofundar a compreensão das dimensões anteriormente mencionadas, a partir da síntese de estudos publicados que abordam as perspectivas da redução de danos e suas contribuições para o cuidado de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, com a finalidade de explorar seus fundamentos e sua potencialidade na consolidação de práticas alinhadas à integralidade do cuidado, à autonomia dos sujeitos e à participação coletiva. Dessa forma, salienta-se que delinear e fortalecer as diretrizes que sustentam a redução de danos significa ampliar as possibilidades de cuidado em liberdade, tanto no âmbito individual quanto coletivo, contribuindo para o fortalecimento da luta pela garantia do acesso à saúde, à cidadania e aos direitos das pessoas que fazem uso de drogas.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, modalidade que permite uma análise ampla de publicações sobre uma temática específica, sem a exigência de critérios rígidos de elegibilidade e de avaliação de qualidade das revisões sistemáticas (Rother, 2007). Esse delineamento é adequado ao objetivo do estudo, que é aprofundar a compreensão das diretrizes da redução de danos no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de contribuições teóricas, conceituais e normativas.

A busca bibliográfica foi realizada entre Fevereiro e Maio de 2026, nas bases Biblioteca Virtual de Saúde e SciELO, e complementada por busca manual em listas de referências de estudos relevantes, em obras de referência do campo da saúde coletiva e da saúde mental e em documentos normativos e técnicos do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Psicologia. Foram utilizados descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), em português e inglês: “Redução do Dano”, “Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias”, “Sistema Único de Saúde”, “Saúde Mental”, “Atenção Psicossocial”, “Participação Social”, “Educação Permanente”, “Estigma Social”, “Harm Reduction”, “Substance-Related Disorders”, “Mental Health Services” e “Brazil”, combinados pelos operadores booleanos AND e OR.

Foram incluídos artigos, livros, capítulos, dissertações e documentos institucionais publicados entre 2000 e 2026, em português, que abordassem a redução de danos no contexto da saúde pública brasileira e do cuidado em álcool e outras drogas. Foram excluídas publicações duplicadas e aquelas sem relação direta com o tema. A busca identificou 30 registros; após a leitura de títulos e resumos e,

quando necessário, do texto completo, 7 materiais foram selecionados, além de 3 documentos institucionais.

A análise foi de natureza qualitativa e teórico-conceitual. Os materiais foram lidos integralmente e organizados por afinidade temática em cinco categorias: (1) Atenção psicossocial e o cuidado em liberdade; (2) Estabelecimento do vínculo e interações sociais; (3) Cuidado territorializado e coletivo; (4) Criação de espaços de reflexão e controle social; e (5) Redução de danos enquanto uma tecnologia pedagógica em saúde. A síntese teve caráter descritivo e interpretativo, buscando reunir e articular as contribuições dos autores e dos documentos normativos em cada categoria. Por se tratar de revisão narrativa, não foi realizada avaliação sistemática da qualidade dos estudos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A compreensão da redução de danos implica em ultrapassar a noção de uma lógica restrita à minimização dos riscos associados ao uso de substâncias psicoativas. Pensando em uma perspectiva voltada ao sistema de saúde, a redução de danos foi consolidada como uma multidimensão clínico-ético-política de cuidado que está orientada na valorização das singularidades presentes em cada trajetória de vida, de modo que suas intervenções não estejam limitadas ao consumo de drogas, mas abrangem os múltiplos determinantes sociais, culturais e subjetivos que atravessam os processos de saúde e adoecimento (Acselrad, 2005; CFP, 2019; Fonsêca, 2012; Sodelli, 2010).

3.1. Atenção Psicossocial e o Cuidado em Liberdade

Na historicidade brasileira, o processo da Reforma Psiquiátrica emerge como uma reorientação do cuidado em saúde mental, a partir do processo de redemocratização do país, durante a década de 1970. Após a crítica ao modelo asilar e segregador, ocorreu a ampliação da participação social, reformulações legislativas e a construção de redes de serviço substitutivas aos manicômios, ofertando um novo modelo de tratamento alinhado com a atenção integral e a cidadania (Amarante, 2009; Pacheco, 2009). Somado a isso, um marco grandioso para esse movimento foi a promulgação da lei 10.216/2001, a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e das políticas públicas voltadas para álcool e outras drogas (Brasil e Lacchini, 2021).

Nesse viés, o Ministério da Saúde sanciona a lei 10.216/2001, também nomeada como Lei Paulo Delgado, no qual deliberou a proteção e a defesa dos direitos humanos, visando alcançar a reabilitação psicossocial e a inserção social de sujeitos acometidos por sofrimento psíquico (Brasil, 2001). Ademais, com a construção de serviços abertos que são análogos ao modelo hospitalar e estratégias para fiscalização e gestão, os dispositivos de base comunitária ganharam destaque para que o processo de desinstitucionalização das pessoas internadas fosse impulsionado, prezando pela valorização das novas tecnologias sociais de liberdade (Cardoso *et al.*, 2014; Pacheco, 2009). Frente a esses ideais, foi possível uma construção territorial de atendimento pautada nos cuidados em saúde mental e assistência para pessoas que fazem o uso de álcool e outras drogas.

Em consonância com a Lei Paulo Delgado, a RAPS é uma rede que se constitui por dispositivos assistenciais que se articulam em prol da promoção da saúde mental no SUS. Nesse cenário, a redução de

danos recebeu respaldo normativo específico por meio das Portarias nº 1.028/GM, de 1º de julho de 2005, e nº 1.059/GM, de 4 de julho de 2005. A primeira regulamentou as ações voltadas à redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causam dependência, reconhecendo-as como estratégia legítima no âmbito do SUS (Brasil, 2005). A segunda destinou incentivo financeiro ao fomento de ações de redução de danos nos Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad), contribuindo para a sua implementação concreta nos serviços (Brasil, 2005). Assim, tais portarias deram sustentação institucional e orçamentária a práticas que já vinham sendo construídas nos territórios, aproximando a redução de danos do cotidiano da rede de atenção psicossocial.

Com o objetivo de afirmar a autonomia e ampliar o acesso aos direitos das pessoas que fazem uso de drogas, a redução de danos surge como uma perspectiva de cuidado que não recorre a julgamentos morais ou práticas punitivas, respeitando os sujeitos em suas singularidades e modos de vida, por meio da construção de vínculos e da corresponsabilização no processo terapêutico (Acselrad, 2005, Ayres, 2009). Além disso, como cerne principal da Reforma Psiquiátrica, é importante pontuar que esse movimento atravessa a área da saúde, indo de encontro com transformações socioculturais, visando o diálogo da sociedade civil e seus desdobramentos (Pacheco, 2009). Nesse sentido, o movimento da lógica de atenção psicossocial no campo de álcool e outras drogas emerge com a consolidação do modelo assistencial em saúde mental aberto e de base comunitária.

Baseada na valorização da autonomia e da participação social, a atenção integral às pessoas que fazem uso de drogas se orienta

pelos princípios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sustentando relações horizontais entre os serviços de saúde, a comunidade e os próprios sujeitos envolvidos no cuidado (CFP, 2019). A construção do cuidado demanda não apenas a articulação entre os diferentes pontos da rede de saúde, mas também a integração com dispositivos da assistência social, da educação e com recursos comunitários presentes no território. Nessa ótica, constitui-se uma teia de conexões capaz de ampliar o acesso aos direitos, fortalecer os vínculos sociais e promover respostas mais integrais às necessidades dos sujeitos.

Nessa perspectiva, o modelo de proibição ao uso de drogas deixa de ocupar o lugar de única possibilidade legítima de tratamento, abrindo espaço para abordagens que buscam compreender a relação estabelecida entre o indivíduo e a substância, bem como os múltiplos fatores que atravessam sua experiência de uso.

> *A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (Brasil, 2003, p. 10).*

Conforme Rodrigues e Silva (2021), a participação do usuário do serviço com a equipe multiprofissional de referência é um dos pilares essenciais para o cuidado em liberdade, dado que o sujeito

poderá se implicar na participação de projetos terapêuticos. Também, os autores destacam que a redução de danos não exclui abstinência de determinada substância psicoativa, desde que seja construída essa etapa em conjunto com o usuário durante a elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS). Dessa forma, a redução de danos não opera sob o viés de procedimentos padronizados e normativos, mas dimensões de cuidado voltadas para a lógica singular de cada realidade.

3.2. Estabelecimento do Vínculo e Interações Sociais

De acordo com Merhy (2002), o profissional de saúde atua como um operador do cuidado, sendo responsável pela identificação de intervenções no projeto terapêutico e pela mediação dos processos multidisciplinares que permeiam o agir em saúde. Nessa perspectiva, o cuidado é produzido a partir das relações estabelecidas entre usuários, profissionais e instituições, exigindo a articulação de diferentes saberes em torno das necessidades concretas de cada sujeito. Para que a coordenação e a gestão dos processos de trabalho em rede sejam efetivadas, torna-se essencial a construção de práticas pautadas no acolhimento, no vínculo e na integralidade do cuidado.

Atuar a partir de uma perspectiva que valoriza o espaço de encontro entre trabalhador e usuário se faz fundamental para a legitimação das realidades vivenciadas por pessoas que fazem uso de drogas e para a ampliação de sua participação nos serviços de saúde (Eichelberger, 2012). Nesse viés, Fonsêca (2012) argumenta que abordagens tradicionais, fundamentadas no pressuposto da abstinência total como requisito para o cuidado, tendem a distanciar os indivíduos dos serviços e a criar barreiras para o estabelecimento

de relações cooperativas. Isso ocorre porque os confrontos com a alteridade podem produzir desconfiança e tensionamentos na relação entre usuário e profissional. Assim, assumir uma postura de escuta aberta à diversidade implica produzir conexões, fortalecer vínculos e ampliar redes vivas, constituindo um olhar integral sobre a demanda.

Seguindo essa linha, por meio da aliança terapêutica construída a partir do vínculo de confiança, são criadas zonas de troca que possibilitam o estabelecimento de diálogos voltados às reais necessidades dos sujeitos, sem que a substância ocupe o lugar central no tratamento (Eichelberger, 2012). A redução de danos tem como foco a aproximação da realidade social, cultural e subjetiva em que se está inserido, possibilitando a construção de formas seguras para se relacionar com o uso de drogas e favorecendo a autonomia e a escolha do indivíduo (Fonsêca, 2012). Por meio da legitimação dos múltiplos atravessamentos que permeiam o fenômeno do uso de drogas na vida dos sujeitos, o cuidado multidimensional passa a considerar as diversas formas de relação com as substâncias, promovendo a construção de intervenções que visem à redução de vulnerabilidades e à ampliação das possibilidades de escolha, preconizando o cuidado em liberdade.

Considerando a redução de danos como uma prática de cuidado construída de forma conjunta, é necessário a implicação da equipe de saúde na sustentação da corresponsabilização do usuário, respeitando as possibilidades e os limites presentes em seu processo terapêutico. Sob essa perspectiva, a concepção de cuidado parte da qualidade das interações estabelecidas no cotidiano, tornando-se fundamental a capacidade de identificar demandas, construir condições efetivamente dialógicas com a realidade dos sujeitos e

desenvolver intervenções alinhadas às suas necessidades concretas (Ayres, 2009). Dessa forma, a pessoa que faz uso de drogas passa a ocupar uma posição protagonista na condução de seu tratamento, enquanto os profissionais assumem um papel ativo de facilitadores, favorecendo a construção de estratégias de cuidado comprometidas com a autonomia.

3.3. Cuidado Territorializado e Coletivo

Os territórios não se constituem apenas como espaços geográficos, mas operam como *espaços vivos*, atravessados por relações, afetos, modos de vida e processos de produção de subjetividade (Lancetti, 2016). Conforme Guattari (1992), é a partir do contexto coletivo que ocorre o desenvolvimento da subjetividade dos indivíduos, por meio das relações que estabelecem, das referências culturais e das normativas sociais e jurídicas que organizam a vida em comunidade. Ao compreender o território como um espaço produtor de subjetividades, o fenômeno do uso de drogas é atravessado por múltiplos determinantes sociais, econômicos, culturais e afetivos. Nesse sentido, as necessidades dos sujeitos não se restringem ao consumo de drogas, mas envolvem aspectos relacionados às condições concretas de vida e ao acesso a direitos humanos.

Pensando na realidade dos sujeitos em seus territórios, Petuco e Medeiros (2010) apontam que a redução de danos opera a partir de três dimensões no trabalho de campo: *espacial*, *simbólica* e *temporal*. Tais dimensões englobam tanto o olhar para os aspectos materiais que compõem o território quanto as percepções construídas por meio da escuta e os elementos que caracterizam o contexto das cenas de uso de drogas. As ações territorializadas buscam compreender os fatores que produzem vulnerabilidades e

potencialidades nos diferentes contextos de vida, orientando intervenções voltadas à minimização dos riscos e danos relacionados ao uso de substâncias.

Conforme o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.088/2011, institui como diretriz o desenvolvimento de ações territoriais e comunitárias que favoreçam o fortalecimento individual e coletivo dos sujeitos enquanto cidadãos, bem como a organização dos serviços em rede, visando à articulação de ações intersetoriais voltadas ao cuidado integral de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Ao considerar o modelo de atenção psicossocial, pensar o cuidado a partir do território e da comunidade torna-se indispensável para a compreensão das demandas em saúde e dos processos de inclusão social, sustentando uma relação horizontal entre a rede de atenção e os usuários dos serviços (CFP, 2019).

Pensando na aproximação da equipe de saúde com o território, Eichelberger (2012) ressalta que o desenvolvimento de ações em conjunto com a comunidade contribui para a adequação das estratégias de cuidado às necessidades locais e para o fortalecimento dos laços sociais, favorecendo a efetivação do acesso à saúde. A autora destaca que a inserção dos sujeitos que fazem uso de drogas no corpo social, por meio de ações territorializadas, amplia as possibilidades de conexão e participação comunitária, fortalecendo processos de comunicação e pertencimento coletivo. Assim, tornam-se possíveis outras formas de relação e circulação social que ultrapassam a centralidade do uso de substâncias, ampliando as possibilidades de cuidado e produção de saúde.

3.4. Criação de Espaços de Reflexão e Controle Social

Pautada nas discussões acerca dos modelos de gestão dos processos em saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH, 2004) foi instituída com o propósito de ampliar a participação de profissionais, usuários e da comunidade presente no território, visando à construção de espaços coletivos que favoreçam a reflexão sobre as necessidades existentes e o aperfeiçoamento dos processos de trabalho no cotidiano dos serviços. A participação dos diferentes atores sociais na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde configura-se como uma importante estratégia de controle social (Correia, 2000). Por meio da criação de espaços que possibilitem o exercício da democracia psíquica e da participação coletiva, fortalecem-se processos voltados à garantia de direitos, à ampliação da cidadania e à consolidação dos princípios democráticos que orientam o SUS (Lancetti, 2016).

Correia (2000) refere que, com a aproximação da população brasileira com o Estado, a participação social poderá resultar em ações estatais democráticas e descentralizadoras, pois

> *O Movimento Sanitário sempre defendeu a descentralização dos serviços de saúde e a adoção da municipalização, vista como uma estratégia para se democratizar o sistema nacional de saúde e como um dos princípios do SUS. Além de desburocratizar o sistema, o que gera maior resolubilidade dos problemas apresentados, a descentralização dos serviços de saúde aproxima a gestão do cidadão, podendo este cobrar e interferir mais de perto na política de saúde do município. (Correia, 2000, p. 56).*

Para além da participação coletiva dos usuários na manutenção e no fortalecimento das políticas públicas, Ayres (2009) destaca a

necessidade da existência de espaços reflexivos para que os profissionais possam analisar suas práticas em saúde. O cuidado ultrapassa a dimensão dos procedimentos técnicos e das intervenções assistenciais, se sustentando a partir de uma relação transferencial entre sujeitos implicados em uma ação terapêutica, voltada à promoção do bem-estar e ao alívio do sofrimento. Para que esse processo se concretize, torna-se necessário um esforço contínuo de planejamento e reflexão sobre o ato de cuidar. Assim, o autor argumenta que o cuidado deve expandir-se para além das intervenções imediatas, incorporando reflexões e práticas que contemplem a complexidade das experiências de adoecimento e os aspectos psicossociais envolvidos nos processos de saúde e doença.

Nesse contexto, a redução de danos pode ser compreendida como uma estratégia de cuidado multidimensional que articula participação social, diálogo e reflexão crítica acerca do fenômeno do uso de drogas. Ao propor espaços coletivos de construção do cuidado junto aos usuários, essa abordagem contribui para a promoção dos direitos humanos e para a ampliação do acesso à saúde, à educação, à cultura e à segurança pública (Petuco, 2020). Ao reconhecer os marcadores de vulnerabilidade social que atravessam a vida dos sujeitos, torna-se possível desenvolver estratégias que minimizem os impactos da violência, da exclusão social e do encarceramento, ampliando as possibilidades de produção de saúde para além de modelos centrados exclusivamente na abstinência (Machado e Boarini, 2013). Através da aproximação da sociedade brasileira com a complexidade do fenômeno das drogas fortalece a construção de respostas coletivas e democráticas, capazes de enfrentar os desafios sociais, políticos e sanitários relacionados ao uso de drogas.

3.5. Redução de Danos Enquanto uma Tecnologia Pedagógica em Saúde

Como alternativa ao modelo proibicionista, a redução de danos se constrói através de eixos pedagógicos que atravessam tanto a esfera individual quanto a coletiva, uma vez que reconhece a educação crítica como um processo construído por meio da mobilização dos diferentes atores sociais na transformação da realidade. Ao promover a autonomia dos sujeitos e ampliar as possibilidades de cuidado comunitário diante das demandas existentes no território, essa perspectiva cria espaços de visibilidade e reconhecimento para as pessoas que fazem uso de drogas. Além disso, favorece a problematização dos preconceitos, estigmas e discursos morais historicamente associados ao uso de substâncias psicoativas, contribuindo para a construção de práticas mais inclusivas, dialógicas e comprometidas com os direitos humanos (Acselrad, 2005; Freire, 1987 e 1989).

Considerando que a redução de danos possui como um de seus pilares principais a diminuição dos efeitos negativos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, Sodelli (2010) afirma que o princípio da prevenção se desenvolve por meio de práticas educativas sobre a construção de relações mais seguras com o uso de drogas, estimulando uma compreensão crítica acerca desse fenômeno. Assim, por meio de abordagens preventivas e dialógicas, os sujeitos são capazes de atribuir sentidos à relação que estabelecem com as substâncias, compreender os efeitos produzidos em suas vidas e reconhecer os fatores sociais, culturais e subjetivos que atravessam suas experiências de uso (Petuco e Medeiros, 2010). A educação em saúde assume um papel fundamental na ampliação da autonomia e na construção de estratégias de cuidado.

Para além da educação popular sobre drogas, é fundamental que os profissionais de saúde estejam alinhados às diretrizes que orientam os processos de cuidado. Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como uma estratégia voltada à qualificação das práticas em saúde para a equipe multiprofissional, contribuindo para o desenvolvimento da criticidade, da reflexão e do compromisso técnico diante das especificidades do cuidado com álcool e outras drogas. Por meio da oferta desses instrumentos pedagógicos, compreendidos também como um ato político, os trabalhadores passam a se implicar em processos contínuos de aprendizagem e refletindo sobre sua própria realidade de trabalho. Assim, a construção de estratégias mais sustentáveis para a gestão das demandas cotidianas e o fortalecimento de práticas de cuidado está conectado aos princípios do SUS (Acselrad, 2005; Ceccim, 2005).

4. CONCLUSÃO

A partir das discussões desenvolvidas, fica claro que a redução de danos não se restringe aos riscos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, mas contempla os diversos atravessamentos que permeiam a vida dos sujeitos, visando à valorização da autonomia, da participação social, da integralidade do cuidado e da garantia de direitos. Para que esse olhar seja efetivamente alcançado, é preciso a consideração das dimensões psicossociais que envolvem o fenômeno do uso de drogas. A construção de vínculos, o cuidado territorializado, os espaços de reflexão e controle social e os processos pedagógicos em saúde configuram diretrizes fundamentais para a consolidação da redução de danos na rede de atenção. Ainda, a efetivação dessas práticas demanda a articulação conjunta de estratégias pautadas na corresponsabilização dos

sujeitos envolvidos, no fortalecimento das redes de saúde e na valorização dos recursos presentes no território.

Entretanto, o processo de efetivação dessas práticas de cuidado ainda enfrenta desafios voltados à permanência de estigmas historicamente enraizados, à influência de discursos moralizantes sobre o uso de substâncias psicoativas e às dificuldades de articulação entre as políticas públicas. Pensando no fortalecimento da política pública de redução de danos, emerge a importância da ampliação de espaços de diálogos sobre o fenômeno das drogas, qualificação das práticas dos trabalhadores da saúde, pelo incentivo à participação popular e pela consolidação de abordagens capazes de reconhecer as singularidades de cada indivíduo.

Dessarte, as ações redutoras de danos representam não apenas uma estratégia de intervenção no campo do álcool e outras drogas, mas também um compromisso ético com a defesa da vida, da cidadania e dos direitos humanos. Ao promover práticas pautadas no acolhimento, na escuta, na autonomia e na participação coletiva, essa perspectiva contribui para a construção de respostas mais democráticas, inclusivas e efetivas diante dos desafios sociopolíticos e sanitários relacionados ao fenômeno das drogas no contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSELRAD, G. org. **Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos [online].** 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 310 p. ISBN: 978-85-7541-536-8. Available from: doi: 10.7476/9788575415368.

ALVES, V. S. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas.** *Cadernos de Saúde Pública, 25*(11), 2309-2319, nov, 2009.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2° edição, 2009. Disponível em: https://backoffice.books.scielo.org/id/s2xwj/pdf/amarante-9788575413357.pdf.

AYRES, J. R. DE C. M. **Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas.** Saúde e Sociedade, v. 18, p. 11–23, abr. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas.** 2° edição. Brasília, 2019.

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. Brasília, DF: Presidência da República, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028/GM, de 1º de julho de 2005.** Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.059/GM, de 4 de julho de 2005.** Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em CAPSad. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2005.

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

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 10, n. 4, p. 975–986, out. 2005.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

EICHELBERGER, M. **O que pode a Redução de Danos? Videz-vous de tous vos clichés: o graffiti como produção de saúde.** 2012. 74 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

FIORE, M. **O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas.** Novos Estudos CEBRAP, (92), 9–21, 2012.

FONSÊCA, C. J. B. da. Conhecendo a Redução de Danos Enquanto uma Proposta Ética. **Revista Psicologia & Saberes,** *[S. l.]*, v. 1, n. 1, 2012. Disponível em: https://revistas.cesmac.edu.br/psicologia/article/view/42. Acesso em: 5, jun. 2026.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético.** São Paulo: Editora 34, 1992.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética.** 10a ed. São Paulo: HUCITEC, 2016.

LEAL, G. B.; SILVA, S. A. As dimensões da redução de danos como um cuidado possível em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diálogos: Economia e Sociedade,** Porto Velho, v. 10, n. 01, jan/dez, 2026

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública.** Manguinhos: set, 2007.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. **Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos.** PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2013, 33 (3), 580-595.

MERHY, E. E. (1997). O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão da lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a

micropolítica do trabalho vivo. InS. Fleury (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial.

MESQUITA, F. **Redução de danos.** Boletim Do Instituto De Saúde - BIS, 21(2), 10–17, 2020.

PACHECO, J. G. **Reforma Psiquiátrica, uma Realidade Possível - Representações Sociais da Loucura e a História de uma Experiência.** Curitiba, Juruá, 2009. Disponível em: https://pt.scribd.com/document/1027701212/Reforma-psiquiatrica-Pacheco.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. **Redução de danos e saúde pública: construções, alternativas à política global de guerra às drogas.** Psicologia & Saúde, 23 (1), 154- 162, 2011.

PETUCO, D. **As Três Ondas da Redução de Danos no Brasil.** Revista BIS, Drogas C 30 Anos de Redução de Danos v. 21 n. 2, 2020.

PETUCO, D. R. S.; MEDEIROS, R. G. **Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.** Contribuição à IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. 2010. Recuperado em 3 de fevereiro de 2013, de: https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/ad_iv_conf.pdf

RODRIGUES, R. C.; SILVA, C. M. **Atenção à saúde no território como prática democrática: ações em cenas de uso de drogas como analisadores da democracia brasileira.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. v. 25. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.200484. Acesso em: 5, jun. 2026.

ROTHER, E. T. **Revisão sistemática x revisão narrativa.** Acta Paulista de Enfermagem , São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007. Disponível em:

https://acta-ape.org/en/article/systematic-literature-review-x-narrative-review/. Acesso em: 29, out. 2026.

SODELLI, M., **A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 3, 2010, pp. 637-644. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a05.pdf. Acesso em: 17, nov. 2025.

---

[1] Bacharel em Psicologia pela Faculdade Católica de Rondônia - FCR. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0001-4104-5761

[2] Discente do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário Carvalho - FIMCA. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0000-1294-9801.