



Universidade de Brasília (UnB)

Instituto de Psicologia (IP)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPG-PsiCC)

Mestrado Acadêmico

**Reduzindo danos na e da Psicologia: A Redução de Danos na formação em
Psicologia do Distrito Federal**

Vitória Segato Jadallah

Brasília

2026



Universidade de Brasília (UnB)

Instituto de Psicologia (IP)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPG-PsiCC)

Mestrado Acadêmico

**Reduzindo danos na e da Psicologia: A Redução de Danos na formação em
Psicologia do Distrito Federal**

Vitória Segato Jadallah

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de mestre. Orientador: Prof. Dr. Pedro Henrique Antunes da Costa.

Brasília

2026

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob orientação do Prof. Dr. Pedro Henrique Antunes da Costa

Banca Examinadora

Pedro Henrique Antunes da Costa (Universidade de Brasília)

Presidente

Maria Inês Gandolfo Conceição (Universidade de Brasília)

Membra titular interna

Anna Carolina Vidal Matos (Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte –
SESAP/RN)

Membra titular externa

AGRADECIMENTOS

Assim como a lógica que permeia este trabalho, a construção desta dissertação se fez em meio a muitas presenças e muitas ausências, e é nisso que me baseio para escrever esses agradecimentos.

Preciso agradecer, inicialmente, à Deus (ou aos deuses), pois tenho certeza de que fui acompanhada por muitos durante o retorno à Brasília, durante a realização dos créditos do mestrado, durante a escrita e durante os últimos dois anos, de modo geral. Foram dias desafiadores, mas só a partir da crença em algo maior que consegui reunir forças para concluir cada etapa.

Devo agradecimentos intermináveis à minha mãe, quem moveu mundos e fundos para que eu pudesse realizar esse sonho. Ela foi a pessoa que sempre acreditou em mim e oportunizou que eu andasse por todos os caminhos que a vida não abriu para ela. Obrigada mãe por dedicar sua vida a mim, por construir esse sonho comigo e por sustentá-lo no meu lugar por tantas e tantas vezes, especialmente não me deixando desistir da trajetória que desejei e planejei por tempos. Isso aqui é por nós duas, espero te dar muito orgulho ainda!

Ao meu padrasto, Salvador (em memória), a quem gostaria de dedicar boa parte da conclusão deste trabalho. Ainda que ele não esteja aqui nesse plano, me vendo concluir essa fase, é importante dizer que ele se fez presente mesmo em meio à sua ausência, fazendo parte de cada processo até que eu chegasse aqui, no fim. Onde quer que esteja, seu apoio, confiança e conselhos fizeram parte disso. Obrigada por me mostrar que eu não preciso de sorte.

Na sequência devo agradecimentos aos meus avós, Dona Ana e Seu Alcides (em memória), pois com eles aprendi as principais virtudes que me acompanham hoje: lealdade, honestidade e coragem. Às minhas tias, Célia e Ângela, por tantas vezes terem feito papel de mãe ao me acolherem e me aconselharem, principalmente a não desistir disso tudo (!).

À família brasileira: Jadallah e Carneiro. Meu pai, Rhane, o que seria dos últimos anos sem a sua presença? Obrigada por sempre ter acreditado que eu seria capaz, fortalecendo minha caminhada na psicologia e sempre confiante de que eu me tornaria uma grande profissional. Não seria possível sem seu apoio, acolhimento e escuta, que me davam forças para continuar caminhando. Obrigada por estar aqui! Ana Maria, minha querida “boadrasta”, que me emprestou a família Carneiro, família que encontrei muito carinho e confiança. Obrigada pelo companheirismo e por ter dito tantas vezes que eu era capaz, mesmo quando estava imersa em tantas dúvidas. Não posso deixar de citar minha irmã, Ana Catarina Jadallah. Catinha, mesmo sem ter noção disso, espero que um dia leia esses agradecimentos e saiba que aqui tem muito de você e da sua paciência comigo. Obrigada por tudo, a irmã te ama demais!

Agradeço aos meus amigos que fizeram parte dessa trajetória mesmo antes dela se concretizar. De nada valeria a finalização desta jornada se vocês não existissem para podermos compartilhar e vivermos juntos as alegrias do término.

Agradeço à turma de psicologia da Anhanguera Sinop, a primeira em que fui “prof.”. Nossas trocas em sala de aula, os afetos que construímos e as discussões que tivemos foram extremamente enriquecedoras para mim, pessoalmente e profissionalmente. Saudades de vocês, mas carrego comigo cada aprendizado e cada vivência que tivemos juntos!

Às “observadoras” e parceiras de mestrado: Maria, Clara e Elisa. Obrigada pela parceria, pelas risadas (e choros), pelas construções e pelos momentos de escuta. Sou grata por ter caminhado junto de vocês e tenho muito orgulho disso. Espero que cada uma de vocês chegue cada vez mais longe!

Ao meu companheiro de vida: gato Polenta. Esse serzinho esteve comigo em cada etapa, sendo, muitas vezes, minha rede de apoio, inclusive quando pisoteava o teclado do computador. Sem ele teria sido impossível. Obrigada Popô!

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPG-PsiCC) pelas portas abertas e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento de parte desta pesquisa, por meio de bolsa de mestrado.

Agradeço imensamente ao grupo Saúde Mental e Militância no DF, da UnB. Ainda quando eu morava no Mato Grosso, acompanhava o grupo de longe e sonhava em fazer parte disso tudo. Quando cheguei aqui, não encontrei só o que procurava (pares), mas entendi o que se quer dizer quando falamos sobre saúde mental construída a partir de um coletivo. Tudo que fizemos foi lindo. Sem dúvidas, as construções do grupo se fizeram de extrema importância na minha construção enquanto profissional e enquanto pessoa. Vida longa ao SM e Militância! Só orgulho de ter feito parte dessa história.

Ao professor Pedro Costa, orientador desta dissertação, por ter acreditado em mim, no meu projeto, e na minha capacidade de escrita. Estudar com você foi a realização de um grande sonho. Muito de mim foi construído a partir das suas aulas. Obrigada por tudo, sempre!

Por fim, mas não menos importante, meu agradecimento à Redução de Danos, pois foi a partir dela que pude encontrar outras formas de ser e estar no mundo.

RESUMO

A presente dissertação analisa a presença e a ausência da Redução de Danos (RD) na formação em Psicologia do Distrito Federal (DF), partindo da compreensão de que os paradigmas proibicionista e manicomial não apenas estruturam a visão social acerca do tema álcool e outras drogas, mas também atravessam a constituição do profissional do campo psi. Esses paradigmas influenciam os referenciais teóricos, as práticas ensinadas e os modos de intervenção legitimados ao longo da formação acadêmica. A dissertação está organizada em três capítulos. O primeiro dedicado à contextualização histórica e teórica do proibicionismo, os processos de manicomialização, a RD enquanto caminho possível e necessário articulando com a presença da Psicologia nesse contexto. O segundo refere-se à revisão bibliográfica e o terceiro, à pesquisa empírica. No que se refere aos procedimentos metodológicos, trata-se de uma pesquisa documental, na qual foram analisados nove Projetos Pedagógicos de Curso (PPCs) do curso de Psicologia de instituições de ensino do DF. A análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo, a partir da qual emergiram três eixos temáticos: (1) sentidos das drogas na formação em Psicologia; (2) a RD na formação em Psicologia; e (3) Psicologia e drogas. Os resultados indicam que o paradigma proibicionista sustenta, de forma predominante, a formação do profissional de Psicologia, orientando as teorias e referências mobilizadas ao longo do processo formativo. Tal configuração contribui para a produção de um olhar profissional enviesado, diretamente atravessado pelas lógicas da manicomialização e pela perspectiva do “fim das drogas”, em detrimento de abordagens críticas, éticas e comprometidas com a complexidade do cuidado em álcool e outras drogas. Nesse sentido, não estamos aqui defendendo a “academicização” da RD, mas reconhecendo que sua presença na formação pode reduzir danos do próprio saber psi. que ainda é hegemônico e perpetua saberes equivocados sobre o tema álcool e outras drogas.

Palavras-chave: Redução de Danos; Álcool e outras drogas; Formação em psicologia.

ABSTRACT

This dissertation analyzes the presence and absence of Harm Reduction (HR) in Psychology education in the Federal District (DF), based on the understanding that prohibitionist and asylum-based paradigms not only structure the social perception of alcohol and other drugs but also permeate the formation of professionals in the psychological field. These paradigms influence theoretical frameworks, the practices taught, and the modes of intervention legitimized throughout academic training. The dissertation is organized into three chapters. The first is dedicated to the historical and theoretical contextualization of prohibitionism, the processes of psychiatric institutionalization, and Harm Reduction as a possible and necessary approach, articulated with the role of Psychology within this context. The second chapter presents the literature review, and the third focuses on the empirical research. Regarding the methodological procedures, this is a documentary study in which nine Pedagogical Course Projects (PPCs) from Psychology programs at higher education institutions in the Federal District were analyzed. Data analysis was conducted through Content Analysis, from which three thematic axes emerged: (1) meanings of drugs in Psychology education; (2) Harm Reduction in Psychology education; and (3) Psychology and drugs. The results indicate that the prohibitionist paradigm predominantly underpins the training of Psychology professionals, guiding the theories and references mobilized throughout the educational process. This configuration contributes to the production of a biased professional perspective, directly shaped by the logics of psychiatric institutionalization and by a “drug-free society” perspective, to the detriment of critical, ethical approaches committed to the complexity of care in the field of alcohol and other drugs. In this sense, we are not advocating for the “academicization” of Harm Reduction; rather, we recognize that its presence in professional training may reduce harms within psychological knowledge itself, which remains hegemonic and continues to perpetuate misconceptions regarding alcohol and other drugs.

Keywords: Harm reduction; Alcohol and other drugs; Psychology education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids

ABORDA – Associação Brasileira de Redutores de Danos

Aids – Vírus da Imunodeficiência Humana

APS – Atenção Primária à Saúde

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CP – Contrarreforma Psiquiátrica

CRP – Conselho Regional de Psicologia

CT – Comunidade Terapêutica

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DF – Distrito Federal

eMulti – Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde

EUA – Estados Unidos da América

FACE – Faculdade Cerrado

FBR – Faculdade Brasília

FUNAD – Fundo Nacional Antidrogas

GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção à Aids

HSVP – Hospital São Vicente de Paulo

IDP – Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa

IES – Instituições de Ensino

IESB – Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília

IP – Instituto de Psicologia

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPEAS – Instituto de Estudos e Pesquisa em Aids de Santos

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LA – Luta Antimanicomial

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEC - Ministério da Educação

MJSP – Ministério da Justiça e Segurança Pública

MNPCT – Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

MPC – Modo de Produção Capitalista

MPF – Ministério Público Federal

MS – Ministério da Saúde

MVI – Mortes Violentas Intencionais

NA – Narcóticos Anônimos

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

ONG – Organização não Governamental

PAIUAD – Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas

PCRI – Programa de Combate ao Racismo Institucional

PEC – Proposta de Emenda à Constituição

PePsic – Periódicos de Psicologia

PLANAD – Plano Nacional de Políticas sobre Drogas

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

PPC – Projeto Pedagógico de Curso

PRD – Programa de Redução de Danos

PRODEQUI – Programa de Estudos e Atenção às Dependências Químicas

PSR – População em Situação de Rua

PT – Partido dos Trabalhadores

PTS – Programa de Troca de Seringas

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

REDUC – Rede Brasileira de Redução de Danos

RP – Reforma Psiquiátrica

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAD – Secretaria Nacional de Segurança Pública e Gestão de Ativos

SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SNC – Sistema Nervoso Central

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Teoria Cognitivo-Comportamental

UA – Unidade de Acolhimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

UCB – Universidade Católica de Brasília

UDF – Centro Universitário do Distrito Federal

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UnB – Universidade de Brasília

UNICEPLAC – Centro Universitário do Planalto Central

UNICEUB – Centro Universitário de Brasília

UNIEURO – Centro Universitário Euroamericano

UNINASSAU – Faculdade Maurício de Nassau Brasília

UNIP – Universidade Paulista

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1 - <i>Processo de seleção dos artigos</i>	75
Tabela 2 - <i>Relação dos artigos selecionados para a Revisão de Literatura</i>	76
Tabela 3 - <i>Eixos e categorias de análise</i>	111
Tabela 4 - <i>Síntese dos achados referentes à “perspectiva farmacológica”</i>	112
Tabela 5 - <i>Síntese dos achados referentes à “perspectiva biomédica”</i>	117
Tabela 6 - <i>Síntese dos achados referentes à “perspectiva psicossocial”</i>	120
Tabela 7 - <i>Síntese dos achados referentes à “perspectiva ético-legal”</i>	123
Tabela 8 - <i>Síntese das menções sobre RD nos documentos</i>	137
Tabela 9 - <i>Síntese dos achados referentes à “perspectiva clínica”</i>	149
Tabela 10 - <i>Síntese dos achados referentes à categoria “drogas, psicologia e contextos”</i> .	150

SUMÁRIO

SUMÁRIO	14
INTRODUÇÃO.....	16
CAPÍTULO 1	28
SER HUMANO, DROGAS E PSICOLOGIA.....	28
1.1. <i>Drogas e proibicionismo.....</i>	<i>28</i>
1.2. <i>Junto à proibição, a manicomialização.....</i>	<i>41</i>
1.3. <i>A Redução de Danos: um caminho possível (e necessário).....</i>	<i>52</i>
1.4. <i>Psicologia e drogas.....</i>	<i>63</i>
CAPÍTULO 2	73
(DES) ENCONTROS ENTRE PSICOLOGIA E REDUÇÃO DE DANOS:	73
UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA	73
2. <i>RESULTADOS E DISCUSSÃO</i>	<i>76</i>
2.1.1. <i>Caracterização dos artigos.....</i>	<i>76</i>
2.1.2. <i>Concepções sobre Redução de Danos.....</i>	<i>79</i>
2.1.3. <i>Contextos e práticas da Redução de Danos.....</i>	<i>89</i>
2.1.4. <i>Limites e potencialidades da relação entre psicologia e Redução de Danos.....</i>	<i>94</i>
2.2. <i>Considerações finais da revisão.....</i>	<i>98</i>
CAPÍTULO 3	101
O DITO, O NÃO DITO E O SILENCIADO: ANÁLISE DOCUMENTAL DA FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	101
3.1. <i>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</i>	<i>108</i>
3.1.1. <i>Sentido das drogas na formação psi.....</i>	<i>111</i>
3.1.2. <i>A Redução de Danos na formação psi.....</i>	<i>136</i>
3.1.3. <i>Relação Psicologia e Drogas.....</i>	<i>146</i>
CONSIDERAÇÕES FINAIS	162
REFERÊNCIAS.....	168

“O que quero repetir, com força, é que nada justifica a minimização dos seres humanos, no caso, das maiorias compostas de minorias que não perceberam ainda que, juntas, seriam a maioria. Nada, o avanço da ciência e/ou da tecnologia, pode legitimar uma “ordem” desordeira em que só as minorias do poder esbanjam e gozam enquanto às maiorias, em dificuldades até pra sobreviver, se diz que a realidade é assim mesma, que sua fome é uma fatalidade do fim do século. Não junto a minha voz à dos que, falando em *paz*, pedem aos oprimidos, aos esfarrapados do mundo, a sua resignação. Minha voz tem outra semântica, tem outra música. Falo da resistência, da indignação, da “justa ira” dos traídos e dos enganados. Do seu direito e do seu dever de rebelar-se contra as transgressões éticas de que são vítimas cada vez mais sofridas”

(Paulo Freire, Pedagogia da Autonomia, 2019).

INTRODUÇÃO

É bem estranho falar de Psicologia sem falar de mim. Isso porque a escolha pela Psicologia passa invariavelmente pela pessoa que sou hoje, mas principalmente pela pessoa que eu fui na minha infância e na minha adolescência. Durante muito tempo desse período do meu desenvolvimento eu me sentia incompreendida e eu carregava com muito orgulho aquele slogan de “adolescente rebelde”. Parece que a partir desse slogan eu conseguia me proteger de alguma forma do mundo - apesar dele me limitar enquanto pessoa -, mas era como se a partir dele ninguém conseguisse me machucar mais do que eu me sentia machucada.

O fato é que falar de Psicologia e de Redução de Danos (RD) na minha vida, é falar da Vitória enquanto criança e adolescente. Eu iniciei meu processo terapêutico muito nova, com 13 anos de idade. E nesse processo eu encontrei um acolhimento que eu não encontrava em qualquer lugar, e mais do que acolhimento eu encontrei a palavra. Eu encontrei o dizer, é complicado explicar, mas foi na psicoterapia que eu aprendi a falar sobre as minhas questões, foi ali naquele espaço que eu aprendi a lidar com elas, foi onde consegui me cuidar a partir do cuidado. Não foi rápido, eu ainda vivo esses processos. Mas aquele período foi fundamental para que eu estivesse aqui hoje, escrevendo um memorial acadêmico para a minha dissertação de mestrado.

Foi naquele processo de desenvolvimento e psicoterapêutico que eu me descobri enquanto psicóloga, porque eu sentia dentro de mim que eu queria fazer com as pessoas o mesmo que tinham feito comigo: ouvir. Ainda hoje aos quase 29 guardo na memória o que aconteceu naquele dia, aos 13. Eu lembro da cena, eu lembro das palavras, eu lembro do diálogo que eu e minha psicóloga da época estávamos tendo. Eu não sei ao certo o que houve naquele momento, mas em meio ao afeto, ao contato, em meio as palavras, eu soube que esse seria meu objetivo, ser psicóloga.

E assim foi feito. Aos 17 anos me mudei do interior do Mato Grosso para a capital federal em busca de uma melhor qualidade acadêmica. Sobretudo porque eu tinha escutado pouco antes de um professor que eu jamais seria capaz de estudar em uma boa Universidade e que eu deveria me contentar com a realidade daquela cidade que eu vivia. A questão é que nem eu, nem minha mãe (minha maior apoiadora) nos contentamos com essa limitação imposta por aquele professor e decidimos juntas abraçar esse sonho, com ela muitas vezes sonhando por mim.

Chegando no Distrito Federal eu me sentia muito assustada e muito deslumbrada também. Nunca tinha morado numa cidade tão grande. Cheguei aqui num momento em que eu estabelecia um uso intenso de drogas, que se iniciou alguns anos antes, mas aqui descobri outras relações, outra Vitória e outra Psicologia. Vi que não era muito daquilo que eu tinha imaginado quando estava naquele processo terapêutico de anos atrás. Mas eu cheguei na formação com a cabeça muito aberta, principalmente por estar realizando um grande sonho, eu queria só viver cada segundo daquela graduação, e eu vivi cada um deles.

Na graduação tive a oportunidade de participar de dois projetos de iniciação científica, dos quais fui bolsista. Ambos os projetos eram voltados para a população idosa, um público que eu tinha muito apreço em estudar, ouvir e entender. Um dos projetos era voltado para alfabetização de idosos e o outro voltado para a educação ambiental, o que me faz perceber que de alguma maneira a formação sempre esteve permeando meus estudos. Fui monitora da disciplina de Análise do Comportamento, a qual eu jurava que seria minha abordagem de escolha para atuar no futuro, mas com o tempo conheci outras psicologias e por elas fui me interessando aos poucos, e também aos poucos fui me retirando da abordagem comportamental, por incompatibilidade e por querer caminhar por outros caminhos.

Na graduação, confesso, tive poucos encontros com a Luta Antimanicomial (LA) e com a própria RD. Aprendi sobre psicopatologia sem muito aprofundamento nessas duas temáticas,

e isso acabou moldando minha compreensão e me aproximando de uma perspectiva mais alinhada ao próprio proibicionismo, de modo que eu enxergava o uso de drogas como problemática, inclusive porque eu, enquanto pessoa, vivenciava muito desse “problema”

Mas foi faltando em média 2 anos para formar que me encontrei com a RD. Não foi um encontro no contexto acadêmico, considerando que o estudo e o foco no tema álcool e outras drogas foi praticamente nulo na minha formação, tendo comparecido de maneira esporádica através da disciplina de Psicopatologia, como falei acima. Do mesmo jeito que a psicologia entra na minha vida enquanto eu assumia o lugar de “paciente”, a RD aparece na minha vida enquanto eu assumia o lugar de “usuária”. E a partir desse encontro eu passo a entender mais sobre mim, entender mais sobre meu uso e sobre o que ele estava querendo dizer.

A partir disso passei a ressignificar a relação com as drogas, e isso me abriu muitos horizontes, não porque parei de usá-las, mas porque consegui vislumbrar outra possibilidade de futuro, na vida e na psicologia. Foi um encontro importante, porque dali em diante eu quis me dedicar profissionalmente ao estudo do uso de drogas, especificamente voltado para a RD, pois era ela que me possibilitava enxergar de outras maneiras e, não sei como funciona para outras pessoas, mas ter a possibilidade de vislumbrar outros “lados” para o uso de drogas me abriu muitas portas dentro da psicologia e do meu próprio eu.

Como falei, minha formação não abriu muitos caminhos para o estudo dessa temática, e por conta disso, de maneira autônoma, eu, colegas de graduação e um grande amigo decidimos criar um coletivo de RD para atuar no contexto de festa aqui no DF. Chamado de “Caminho Alternativo Redução de Danos”, nossa atuação (bastante amadora, diga-se de passagem) voltava-se para a testagem de drogas, acolhimento em situações desafiadoras com as drogas (*bad trip*), disseminação de informações sobre drogas, formas de uso, entre outras ações voltadas para a RD.

No final da graduação, eu já sabia um pouco mais para qual lado eu gostaria de seguir após formada. Realizei estágio clínico, focado no plantão psicológico. Ali me encontrei com a Abordagem Centrada na Pessoa e com a Fenomenologia-Existencial, que futuramente viria a ser minha abordagem de escolha para atuar. Unir Fenomenologia-Existencial e RD fez muito sentido naquele momento, pois ambas abarcam o sujeito a partir da liberdade, sendo que uma me dá uma compreensão existencial e a outra me dá uma compreensão que é política e social.

Desenvolvi o projeto de conclusão de curso voltado para a RD, fiz minha pós-graduação em Psicologia Clínica Fenomenológica-Existencial, e no fim, voltei para minha cidade no período da pandemia. Não foi um momento fácil, uma vez que eu encarava aquele retorno como um retrocesso. Mas foi fundamental para que eu desenvolvesse o meu tema de pesquisa atual. Comecei a atuar na clínica voltada para pessoas adultas que faziam uso de álcool e outras drogas, recebi a proposta de dar aula em uma instituição privada da cidade e fui.

Foi uma realidade que me colocou frente à diversos medos que eu tinha, sobretudo de ser julgada. Mas fui mesmo assim. E considero como os dois anos que mais me desenvolvi profissionalmente e na psicologia, afinal, ser professora também é um sonho que me acompanha desde a adolescência. Na sala de aula me deparei com algumas lacunas na formação dos alunos e na minha, o que me deixava sempre em um lugar de questionamento. E foi ali que nasceu o tema desta pesquisa. Após observar a defasagem de ensino no campo da saúde mental, reforma psiquiátrica e álcool e outras drogas, decidi buscar a compreensão do motivo dessa lacuna, principalmente porque eu notava os acadêmicos muito resistentes em discutir esse tema.

Nesse aspecto, o primeiro ponto que justifica a realização desta pesquisa se refere ao desmonte da política nacional de saúde mental e da política sobre drogas, levando ao sucateamento das iniciativas públicas e substitutivas ao manicômio e que resistem ou se contrapõem a hegemonia moralista, não apenas manicomial, mas também proibicionista. Esse

retrocesso se expressa principalmente a partir do golpe sofrido pela presidenta Dilma Rousseff - nos governos de Michel Temer e de Jair Bolsonaro -, com o último reestruturando todo o aparato normativos relacionado à temática das drogas, com a promulgação do decreto 9.761/2019, a “nova” (velha) política sobre drogas, e da Lei nº 13.840/2019, alterando a Lei 11.343/2006, conhecida como Lei de Drogas.

Temos, por exemplo, o reconhecimento e o reforço ao financiamento de Comunidades Terapêuticas (CTs), como consequência da priorização da abstinência em detrimento da redução de danos - ao passo que a retroalimenta. A RD, nesse caso, chegou a ser totalmente suprimida da política (o decreto), sendo mencionada de maneira genérica na lei, como “redução de riscos e de danos sociais e à saúde” (Brasil, 2019a, s/p.). Ainda no caso da “nova” lei de drogas, há uma seção que trata do “plano individual de atendimento”. No entanto, a única possibilidade assistencial se baseia na abstinência, o que comprova que a individualidade de cada plano precisa, invariavelmente, ter um mesmo fim: o interrompimento total do uso de drogas. Na verdade, a partir de uma narrativa das drogas como males em si, a RD deixa de fazer sentido, já que a única forma aceita de se relacionar com as drogas é a não relação. Isso independentemente de se especificar o que são as próprias drogas (Costa, 2022).

Ainda durante o governo Bolsonaro, vimos também a retirada da participação social do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e construção do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (PLANAD) focado na abstinência e repressão das drogas, denotando que não há consideração na singularidade de cada uso de drogas. Poderíamos também mencionar como a marcha expansiva da Contrarreforma Psiquiátrica permanece inalterada, mesmo no governo Lula III, com o aumento do financiamento público às CTs, ao passo que se intensifica a precarização dos serviços públicos e substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Em suma, esta breve digressão, cuja pretensão é introdutória, demonstra o acúmulo recente de retrocessos nas políticas sobre drogas e no campo da saúde mental, álcool

e outras drogas, que tem como um de seus elementos a marginalização ou tentativa de negação da RD.

O cenário do DF não passa ileso deste processo, possuindo também suas particularidades. Citamos como exemplo a existência do Hospital São Vicente de Paula (HSVP), hospital psiquiátrico em pleno funcionamento, mesmo que de maneira ilegal, desde 1999. O hospital funciona sob os parâmetros da lógica manicomial, de modo que no ano de 2024, foi publicado um relatório de inspeção realizado dentro do HSVP, que constatou uma série de violações de direitos, desde privação de liberdade até agressão física, verbal, contenção mecânica, uso de medicação para dopar os pacientes, entre outras (MNPCT, 2024).

Nesse sentido, nos anos de 2024 e 2025, novas e graves ocorrências vieram a público envolvendo o HSVP. Nesse período, duas pacientes - Raquel França de Andrade e Eva de Oliveira -, tiveram suas vidas ceifadas enquanto estavam internadas sob a promessa de um suposto tratamento adequado e humanizado. Ambas foram encontradas mortas nas dependências da instituição, apresentando indícios de maus-tratos e de dopagem medicamentosa. Raquel, inclusive, faleceu na noite do dia 25 de dezembro de 2024, o que simbolicamente representa muito do abandono encontrado dentro de um hospital psiquiátrico. Considerando ser um momento em que mundialmente é celebrado a vida e o nascimento, naquele momento, a data representou a morte e o próprio descaso do DF em ainda recorrer a um hospital psiquiátrico como via de “cuidado”.

Tais mortes, contudo, não podem ser compreendidas como episódios isolados ou excepcionais, mas como expressão extrema da lógica que sustenta o funcionamento manicomial. Trata-se de um modelo pautado no abandono, que antes de eliminar fisicamente os indivíduos, promove a aniquilação de suas identidades, subjetividades e direitos. Ainda assim, mesmo após o falecimento dessas duas pacientes e diante das reiteradas denúncias de violações de direitos humanos (MNPTC, 2024), nenhuma medida efetiva foi adotada em

relação ao hospital, que permanece em pleno funcionamento, recebendo pacientes diariamente e reproduzindo práticas historicamente associadas à violência institucional e à negação do cuidado em liberdade.

Citamos também as mortes de Darly Fernandes de Carvalho, José Augusto Rosa Neres, Lindemberg Nunes Pinho, Daniel Antunes Miranda, João Pedro Costa dos Santos Morais e Luís Gustavo Ferrugem Komka, decorrentes de um incêndio na CT Liberte-se, no Paranoá, Distrito Federal, em agosto. Todos eles morreram, pois estavam trancados em um dos recintos da CT, não podendo se livrar do fogo que os consumiu, tirando suas vidas. Estes casos, juntos aos de Rachel e Eva, demonstram como o manicômio é instituição de violência e de morte, não havendo possibilidade de reforma, de humanização e de conciliação com ele. Além disso, demonstram como a indústria da loucura ou complexo industrial manicomial está mais vivo do que nunca no DF, no Brasil e no mundo, com avanço da lógica asilar-manicomial.

Mesmo em meio aos retrocessos citados acima e à persistência da lógica manicomial no DF, também existem processos potentes de resistência e fortalecimento do cuidado pautado na defesa dos direitos humanos. É o caso do Tulipas do Cerrado, uma rede de RD composta por profissionais do sexo e trabalhadores da saúde do DF e entorno, que atua desde os anos 2000 desenvolvendo estratégias de cuidado territorializado, como na Praça do Relógio em Taguatinga Norte e Setor Comercial Sul, ambos os locais com um quantitativo expressivo de pessoas em situação de vulnerabilidade social. As Tulipas atuam a partir do cuidado baseado na autonomia, na escuta qualificada, defesa de direitos humanos, e formações em RD.

Faz-se necessário citar a existência de outros projetos e coletivos do DF, que fazem um trabalho exímio a partir da RD, feminismo e antiproibicionismo. Mencionamos o Coletivo Aroeira, que nasceu em 2018 como um projeto de extensão vinculado ao Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de Brasília (UnB). O projeto, que posteriormente se consolidou como um coletivo no Setor Comercial Sul, teve/tem como objetivos principais proporcionar um ambiente

de convívio comunitário para a população em situação de rua, fortalecendo a relação dos indivíduos com a natureza, bem como a apropriação do espaço que vivem, estimulando, através da agroecologia e redução de danos, reflexões a respeito do cuidado de si e do outro, seja esse “outro” um colega, o espaço físico do território, ou as próprias plantas (Cavalcanti, 2021). Atualmente, o coletivo composto por mulheres e homens cisgênero e transexuais, visam o planejamento e implementação de sistemas agroflorestais em comunidades. O propósito é o mesmo, transformar áreas abandonadas nas comunidades em instrumentos de cuidado e redução de danos. Além disso, junto ao Tulipas do Cerrado, o Coletivo Aroeira atua no campo da formação em RD, seja em escolas, universidades ou contextos comunitários.

No mesmo caminho das iniciativas universitárias, citamos o Coletivo RD Bateu. De acordo com Jesus et al. (2026), nascido em meados de 2018, o coletivo articula ações em eventos públicos e serviços públicos de saúde, como o CAPSad. Sua atuação se dá voltada a construção de espaços coletivos de diálogo e rodas de conversa, tendo como público-alvo tanto trabalhadores da rede quanto os próprios usuários, dialogando a respeito do uso de drogas, farmacologia e cuidado em saúde mental. O coletivo contribui para a qualificação profissional ministrando diversos cursos sobre RD e cuidado em álcool e outras drogas, fortalecendo a disseminação de uma forma de cuidado centrada na autonomia.

No DF, inclusive, temos uma Lei Distrital nº 6.643/2020, de autoria do deputado Fábio Félix. A Lei estabelece diretrizes para a instituição do Programa de Redução de Danos no Distrito Federal, e percebemos que esta vem sendo descumprida pelo governo, uma vez que existem, atualmente, diversos recursos financeiros chegando nas CTs e servindo para a manutenção de um hospital psiquiátrico, como é o caso do HSVP.

Cabe mencionar outros ataques diretos à RD, ou que instrumentalizam velhos espantalhos sobre ela. Citamos aqui dois casos emblemáticos. O primeiro é a perseguição à vereadora de Curitiba, Professora Ângela (PSOL-PR). Em agosto de 2025, o seu mandato

organizou uma audiência pública sobre saúde, segurança e RD. Nele, foi distribuído um material com orientações sobre uso seguro de drogas, focado em cuidado, dignidade e saúde, uma prática educativa bastante comum no âmbito da RD. A partir disso, vereadores da direita e da extrema direita passaram a acusar a Professora Ângela de fazer “apologia às drogas” - outra prática inquisitorial e desonesta bastante comum na trajetória da RD no país. Foi instalada uma comissão para investigar a quebra de decoro parlamentar, com um relatório pedindo a cassação de seu mandato, mas que, em novembro de 2025 foi suspensa pelo Tribunal de Justiça do Paraná, ao identificar possíveis vícios no rito processual.

O segundo caso foi a censura, em abril de 2025, à cartilha “*Deu ruim? Fica frio! O que fazer se você estiver com drogas e for abordado pela polícia*” produzida pela Frente Mineira de Drogas e Direitos Humanos. A referida cartilha, que havia sido premiada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD), no âmbito do Prêmio Maria Lúcia Pereira, teve sua seleção e premiação suspensa, após posicionamentos políticos e setores da extrema direita, mais uma vez, reproduzindo falácias, moralismo e pânico moral.

Na sequência, o segundo ponto de justificação dessa pesquisa está relacionado à verificação de uma lacuna na formação dos profissionais de psicologia, bem como a ausência de pesquisas sobre como a RD é percebida pelos profissionais e trabalhada no âmbito da formação psi. A título de exemplificação, em diálogo introdutório com a literatura, menciono a pesquisa de Pires e Ximenes (2021), que objetivou compreender os sentidos atribuídos pelos psicólogos sobre a RD, analisando também as repercussões sobre suas práticas. De acordo com o autor e autora, existe uma diversidade de concepções que circundam o imaginário do profissional em relação ao tema da RD. Entretanto, pontua-se que há uma centralização de que a RD seja utilizada tendo como horizonte o alcance da abstinência, ou seja, a supressão do uso de drogas comparece como uma regra para os profissionais participantes, e não como uma possibilidade.

Por fim, como terceiro ponto, cabe ressaltar ainda que a psicologia brasileira tem crescido nos últimos anos, intensificando a sua relevância perante a sociedade. Para se ter uma ideia, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em novembro de 2025, tínhamos quase 575 mil psicólogas(os) em todo país. Tal número justifica ainda mais estudos que se propõem a abordar como a referida profissão vem sendo interpelada pela realidade, bem como os seus processos formativos. Além disso, apesar de tal crescimento, ainda vemos uma série de lacunas e disparidades formativas na psicologia, como, por exemplo, a falta de transparência e a escassez de diversidade teórica (Bado et al., 2025), o que denota ainda maior preocupação com os processos formativos em uma profissão tão presente em nosso país e sociedade.

Segundo os pontos supracitados, a relevância social, científica e acadêmica em se realizar esta pesquisa está intimamente relacionada à necessidade de questionamento do que vem sendo trabalhado no contexto acadêmico de psicologia sobre a RD e consumo de drogas, considerando o aumento gradual da profissão e a relevância dada a ela nos últimos anos. Conforme apontamos acima, o que se nota a partir das pesquisas é a perpetuação do paradigma psiquiátrico-manicomial-proibicionista em detrimento do paradigma antimanicomial-antiproibicionista, atravessando quaisquer possibilidades de discussão que seja pautada na lógica da RD e reforma psiquiátrica.

Até mesmo como contraponto à hegemonia de saberes que historicamente se consolidaram no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, no presente trabalho, partimos de perspectivas críticas e contra-hegemônicas, em diálogo com o marxismo. Nesse sentido, a própria relação ser humano-drogas e a forma como a psicologia a compreende e a abarca, pela mediação da RD, assenta-se em princípios e horizontes de tal tradição teórico-metodológica e política, tal como se desenvolveu e desenvolve nos marcos das lutas antimanicomial, antiproibicionista e abolicionista penal.

Desse modo, o trabalho se posiciona criticamente frente aos saberes dominantes no campo das políticas sobre drogas, recusando interpretações que tomam o uso de drogas como expressão isolada de escolhas individuais ou desvios. Ao contrário, buscar-se-á compreender o uso de drogas e a atuação da psicologia a partir de suas determinações históricas, sociais e materiais, reconhecendo a relação ser humano-drogas como uma relação socialmente construída, mediada por condições concretas de existência, atravessada por desigualdades estruturais e mecanismos de controle social.

Assim, essa pesquisa objetiva, de modo geral, analisar como a RD é abordada na formação em Psicologia no DF. Como objetivos específicos da pesquisa empírica, temos: (1) identificar presenças e ausências da RD nos Projetos Pedagógicos de Curso (PPCs) dos cursos de Psicologia do DF; (2) investigar as concepções e os sentidos da RD nos documentos que compõem os cursos de Psicologia do DF; (3) compreender os sentidos e significantes do ensino do tema álcool e outras drogas na formação de Psicologia; (4) apreender desafios e possibilidades quanto à RD na formação de Psicologia do DF.

Consideramos importante reiterar que no Capítulo 2, o leitor encontrará os objetivos da Revisão de Literatura, que se alinham diretamente com os objetivos da pesquisa empírica, pois na revisão buscamos compreender como a literatura acadêmica em Psicologia vem abarcando a temática de RD, uso de drogas e atuação psi.

A presente dissertação, portanto, está organizada em três capítulos. O primeiro deles foi destinado à contextualização do tema, bem como a história das drogas no Brasil, o proibicionismo, a lógica da RD e como a Psicologia se posiciona em relação ao cuidado em álcool e outras drogas. O capítulo 2 se trata da revisão narrativa de literatura, em que visamos analisar como a Psicologia se relaciona com a lógica da RD, partindo da concepção atribuída pelos profissionais psi, visando extrair os sentidos, contextos, potencialidades e limitações dessa relação (ou não relação). Em terceiro lugar, o último capítulo aborda a pesquisa empírica

propriamente dita, com a exposição dos dados e análise dos PPCs. Finalizamos com sínteses dos achados de todo este percurso, bem como algumas implicações às políticas, formação e práxis psi na área e estudos futuros.

CAPÍTULO 1

SER HUMANO, DROGAS E PSICOLOGIA

1.1. Drogas e proibicionismo

Este capítulo tem como objetivo discorrer sobre a constituição histórica, política e social do campo de saúde mental, álcool e outras drogas em nosso país, evidenciando como o proibicionismo, a medicalização e o paradigma manicomial se articularam enquanto estratégias de controle dos corpos, especialmente sobre parcelas pauperizadas da classe trabalhadora e não-brancas e como elas até hoje impactam a maneira como o cuidado, as leis e a formação são pensados, de modo a perpetuar esses paradigmas¹. Parte-se de uma historicização da “guerra às drogas” e da Reforma Psiquiátrica brasileira para, posteriormente, situar essas disputas no contexto do Distrito Federal, território marcado pela existência histórica de dispositivos pautados pela lógica manicomial, que confrontam e negam os próprios avanços ocorridos no campo e nas políticas. O foco é contextualizar o modo como o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas foi estruturado socialmente, dialogando sobre como a RD pode ser uma alternativa ético-política dentro desse cenário e os modos como a formação em Psicologia pode perpetuar saberes e práticas que reproduzem a hegemonia manicomial e proibicionista no campo.

O uso de drogas não é recente na sociedade, muito menos exclusivo da contemporaneidade. Compreende-se que o ato de usar drogas se apresenta de formas diversas, estando inserido em inúmeras culturas, e conforme pontuam Machado e Boarini (2013), os

¹ Ao longo do texto, utilizaremos o conceito de “paradigma”, para nos referirmos aos modelos manicomial, proibicionista, biomédico e psicossocial. Corroboramos com Pimentel e Amarante (2020), em que o termo paradigma é utilizado para “[...] significar modelo, regra ou padrão a ser seguido. Destarte, as realidades são interpretadas a partir do paradigma assumido, que funciona como guia para as escolhas, modo de ver, produção de sentidos, saberes e práticas em geral” (2020, p. 10-11). Ou seja, quando utilizamos a terminologia “paradigma” estamos remontando à uma maneira de enxergar e conceber determinadas questões, como é o caso da loucura, das drogas, e do cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas.

usos estão associados a ritos religiosos, contato com o divino, expansão da consciência, cultura, festividades, recreação e uso medicinal. A forma como as drogas e seus usos são vistos foram perspectivas construídas a partir dos processos histórico-culturais pelos quais cada cultura se submeteu ao longo dos anos, e dessa forma, cada uma dessas culturas vem se responsabilizando por realizar a regulamentação das drogas a partir de cada realidade e contexto social.

Conforme Ferrugem (2020), a regulamentação das drogas em nosso país (que tem se dado hegemonicamente pela proibição delas - ou de algumas delas) se dá através do objetivo de controlar uma parcela específica da população, em particular, a população negra. Ao falarmos disso, fazemos uma pontuação: nem sempre as drogas foram tidas como geradoras de problemas ou descontrole social. Mas quando as drogas se tornaram uma “questão” a ser proibida? Ou quando as drogas se tornaram instrumento de estudo das ciências, da Medicina?

No plano global, de acordo com Rybka et al. (2018) as drogas passaram a ser tratadas como um problema em meados do século XIX para o século XX. Com o advento da indústria, da tecnologia e do modo de produção capitalista (MPC), as drogas não só passaram a ter maior visibilidade, como também passaram a ser comercializadas e produzidas, assumindo um lugar de mercadoria, passando por intenso processo de mercantilização devido à sua lucratividade.

Com isso, a Medicina, o Estado e a Igreja “regulamentaram” a forma com que as drogas deveriam ser (e seriam, e são) encaradas pela sociedade dali pra frente. O fato é que o uso, antes aceitável por ocorrer em contextos ritualísticos, passa a ter o seu processo de produção, distribuição e consumo alterados pela lógica da proibição (aliado ao próprio caráter acumulativo e de valorização do capital, das drogas como mercadorias). Desenvolve-se a partir disso, uma gama de estereótipos e instrumentos de controle que definiram o modo como a sociedade aborda o tema das drogas e principalmente a forma de enxergar os usuários delas - ou de algumas delas.

Se antes o uso existia para fins religiosos, com o objetivo de transcendência daqueles que acreditavam em uma força superior, agora, pelo viés religioso, essa era uma atitude pecadora. A mesma lógica vale para outras formas de se relacionar com as drogas, voltadas para a satisfação de necessidades humanas variadas, que deixam de ser o objetivo fundamental - sendo ele a acumulação capitalista e a valorização do capital -, passando, em alguns casos e contextos a também serem vistas e abordadas de maneira pejorativa e moralista. O Estado tornou-se responsável pelo controle de indivíduos envolvidos com o uso e comércio, além de regular a licitude delas. E por fim, as intervenções de tratamento foram orientadas pelo saber médico, tendo o isolamento, segregação e abstinência como única forma de intervenção disponível para aqueles que enfrentavam alguma relação desafiadora com as drogas (Amarante, 1995).

Essa forma de lidar com as pessoas que utilizam drogas culminou na existência de sanatórios e manicômios, de modo que esse “cuidado” ficava sob responsabilidade da união de forças como Estado, Medicina e Igreja, pois o cuidado era voltado para a doença, o crime e o pecado, relacionando-se com o aspecto da moralidade. Essa forma de lidar com fenômeno se renova e se perpetua até hoje, no formato das ditas “Comunidades Terapêuticas” (CTs), os novos/velhos manicômios, que de acordo com Costa e Mendes (2023) representam quatro instituições já conhecidas “igrejas, prisões, manicômios e senzalas” (p. 164). Retomaremos essa discussão um pouco mais adiante.

Por conta desse desenrolar histórico, o uso de drogas tornou-se inaceitável, uma vez que fere diretamente os dogmas estabelecidos pela sociedade. A consequência disso é que independente de quem o sujeito é, a partir do momento que ele é rotulado como um “usuário de drogas”, é atribuído um sentido à priori de sua vida (Nunes et al., 2010), e as drogas, portanto, são instrumentalizadas para atacar determinados indivíduos e grupos, que são os reais

bodes expiatórios. Aqui, temos a base do proibicionismo e da tão conhecida “Guerra às Drogas”.

Pensando nisso, consideramos pertinente analisarmos o contexto dos Estados Unidos da América (EUA) e seu caráter imperialista, sobretudo na América Latina, que tem se utilizado das drogas como subterfúgio para dominação econômica e geopolítica. Trata-se de um país de economia capitalista cuja influência extrapola suas fronteiras, incidindo, inclusive, sobre a estruturação da economia brasileira. A experiência estadunidense em relação às drogas ocupa um lugar central na construção do paradigma proibicionista, uma vez que é marcado por políticas que, de modo recorrente, tiveram como alvo populações negras e racializadas. Nesse cenário, a chamada “Guerra às Drogas” foi oficialmente anunciada e consolidada ao longo da década de 1970, liderada pelo então presidente Richard Nixon (1969 - 1974). A campanha tinha como objetivo declarado erradicar as drogas do convívio social, ao passo que o uso e o abuso de drogas passaram a ser definidos como o “inimigo público número um” da sociedade estadunidense (Araújo, 2023, p. 431).

Contando com o apoio da mídia, a guerra foi uma forma de legitimar ações do Estado em nome da segurança pública e do controle social. Segundo Calliari e Agapito (2024), a guerra tornou-se instrumento chave para criminalizar um grupo de pessoas a partir da criminalização das drogas. Esse objetivo se esclarece em uma entrevista concedida ao jornalista Dan Baum, da revista Harper’s Magazine. A entrevista foi realizada no ano de 1996, mas só veio a público vinte anos depois, em 2016. Na entrevista, o conselheiro de Nixon declarou:

A campanha de Nixon em 1968, e a permanência de Nixon na Casa Branca, depois disso, tinha dois inimigos: a esquerda anti-guerra e a população negra. Você entende o que digo? Nós sabíamos que não era possível criminalizar a esquerda ou os negros, mas fazendo com que o público associasse hippies com a maconha e negros, com heroína, e então criminalizar pesadamente ambas, poderíamos atacar essas comunidades.

Poderíamos prender seus líderes, invadir suas casas, interromper suas reuniões e difamá-los noite após noite no noticiário. Nós mentimos sobre as drogas? Claro que mentimos! (Baum, 2016, [s.p], citado em Caliarì & Agapito, 2024, p. 56).

A partir dessa fala, fica nítido que a guerra às drogas foi fundamentada numa perspectiva de controle de classe e no racismo, e não na preocupação pela saúde ou segurança da população. De antemão, já podemos constatar que não se trata de guerra alguma contra as drogas, ainda mais quando consideramos elas como mercadorias tão valorosas, cujo ciclo de produção e suas ramificações no mercado bélico, financeiro e de “tratamento” diz de um ciclo reprodutivo extremamente lucrativo do próprio capital. A política proibicionista, por regra, até hoje vem sendo utilizada como um instrumento sofisticado para prender, manicomializar e matar pessoas - e não quaisquer pessoas. E é importante reiterar, que essa morte se dá não somente do corpo, mas de toda uma cultura, de identidades, de formas de existir e das possibilidades de subverter a lógica antidrogas.

Com o desenvolvimento do proibicionismo em escala global, o Brasil também importou e criou suas próprias estratégias de repressão às drogas. O que Ferrugem (2020) discute, é que a política proibicionista no Brasil se estruturou historicamente em cima do racismo, que López (2012) afirma estar presente no funcionamento cotidiano das instituições, perpassando relações interpessoais e a estruturação e efetivação de políticas públicas, gerando uma série de desigualdades em razão. A autora adota a definição de racismo institucional colocada pelo Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), que foi implementado no Brasil no ano de 2005. Acharmos fundamental citá-la integralmente, pois esse é o viés presente nas políticas sobre drogas até hoje:

O racismo institucional é o fracasso das instituições e organizações em prever um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios

adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações.” (CRI, 2006, p. 26).

Contudo, consideramos fundamental realizar um contraponto à essa ideia, a partir do que foi discutido por Costa e Mendes (2022), que apontam a guerra às drogas como um dos principais mecanismos de sustentação e perpetuação do racismo no Brasil. Essa lógica não se limita às práticas institucionais, mas funciona como um dispositivo de controle e eliminação da população negra, evidenciando o racismo como elemento que estruturou a formação social brasileira. Para o autor e autora, a guerra às drogas materializa-se na construção de um aparato repressivo, marcado pela criminalização e pelo extermínio (da população negra), legitimado pelo discurso da guerra às drogas, mas que, em sua base, afeta majoritariamente a população negra, que são responsabilizados pela circulação das drogas através da figura de “traficante”.

Costa e Mendes (2022) fazem uma pontuação a partir do que foi colocado por Oliveira e Ribeiro (2018) em que: “não é a guerra às drogas que inventa o racismo no Brasil, no entanto, sua ideologia organiza ações estatais de grande impacto com um amplo consentimento social que permite que as vidas negras sigam valendo tão pouco” (p. 39). Nesse sentido, Costa e Mendes (2022) situam que existem várias maneiras de barragem ao negro que decorrem da “guerra às drogas”. A primeira se trata da morte da população negra. Em segundo e em terceiro lugar, encontramos a criminalização e o encarceramento.

Desse modo, ocorriam movimentos no Brasil em prol da proibição das drogas, que giraram em torno da criminalização da maconha, amplamente utilizada por diversos grupos sociais. No entanto, no movimento de proibição, a droga em questão acaba sendo mais associada ao povo negro, sendo utilizada como via e justificativa para que esse povo fosse

criminalizado, não sendo, necessariamente, o grupo que mais utilizava a maconha. Esse é um fator determinante para que se criasse uma “desqualificação moral e social” (CFP, 2019, p. 14), não só em relação à maconha em si, mas em relação aos grupos de pessoas que as utilizavam. Carneiro (2019) argumenta que a proibição da maconha esteve diretamente relacionada à sua associação com a cultura negra, reproduzindo e reiterando a produção ideológica do negro como inimigo interno e configurando-se como mais um dos mecanismos de barragem ao negro em nossa formação social (Costa & Medes, 2022). Embora a substância apresentasse usos medicinais, sua presença em práticas culturais da população negra contribuiu para que ela fosse estigmatizada pelo saber médico, que passou a classificá-la como um elemento capaz de provocar a degeneração da saúde do indivíduo.

Considerando que o Brasil foi o último país a colocar fim no regime escravocrata nas Américas, o que se percebe com o passar dos anos é que esse regime passou somente por uma atualização, não sendo realizado nenhum esforço do Estado para reparar quaisquer danos causados às pessoas que foram escravizadas (Ferrugem, 2020). Na verdade, conforme discute a autora, essa ordem permaneceu inalterada, de modo que, após a abolição da escravatura, as formas de aprisionamento foram outras. Não podendo aprisionar pessoas utilizando sua raça como justificativa, aprisionava-se seus ideais e hábitos culturais.

Ao serem colocados em um cenário de abandono social, seus costumes (sobretudo o uso de álcool, maconha, ou a prática da capoeira) foram se constituindo como fonte de vergonha, desprezo, humilhação e motivo/justificativa para a exclusão social. Nesse sentido, ao falarmos sobre a “problemática” das drogas, não há como separar as determinações étnico-raciais do modo de produção capitalista, particularmente quando focamos na realidade brasileira (CFP, 2019), uma vez que “na guerra às drogas, há uma sinergia entre racismo e o “ódio de classe”, em que a junção desses dois fatores culmina na determinação de quais são as vítimas da guerra, que não é contra as drogas, mas contra indivíduos e grupos pauperizados e

negros, que “são controlados por políticas de Estado que os tornam descartáveis” (Ferrugem, 2020, p. 46).

Melhor dizendo, para além da aparência fenomênica, não é que tais indivíduos sejam “descartáveis”. É que a sua criminalização, o seu aprisionamento e a sua morte são mais valiosos para a reprodução de nossa sociedade, tanto no sentido econômico-político, arregimentando todo um mercado bélico, manicomial, prisional e mortificante, como ideologicamente, reproduzindo a narrativa de que eles são os responsáveis por nossas mazelas sociais - e que, assim, devem continuar a serem presos e mortos.

É com esse sentido que podemos “regredir” no tempo, para apreender o conjunto de formulações políticas sobre as drogas, apreendendo suas especificidades, mas que não modificaram seu sentido geral de controle (e morte) das frações mais pobres e negras da população brasileira. Segundo Torcato (2014), a primeira legislação federal sobre drogas no Brasil data de 1921, a partir do Decreto nº 4.294. Esse decreto dá início a uma política voltada às chamadas “substâncias venenosas”, prevendo a internação compulsória de pessoas “intoxicadas” por álcool ou outras drogas, com o objetivo de combater a criminalidade e a “perdição moral” (Brasil, 1921), consagrando o princípio de que o único uso aceitável para as drogas, seria o uso controlado pela medicina. Esse modelo se consolida a partir do Decreto-Lei nº 891 de 1938, em que estrutura um regime repressivo e medicalizante, no qual o uso de drogas passa a ser considerado simultaneamente como crime e patologia (Brasil, 1938).

Durante o período da ditadura militar, essa perspectiva se fortaleceu a partir do ideal de segurança nacional. A Lei nº 6.368, de 1976, conhecida como Lei de Tóxicos, funcionou como um reforçador da repressão penal, de modo a consolidar cada vez mais a imagem estigmatizada de usuários e traficantes, reafirmando a abstinência e internação como eixos centrais da intervenção do Estado.

Esse aparato legal é revogado a partir da promulgação da Lei nº 11.343 de 2006, que segundo Alves (2009) se apresenta constituído por uma contradição central. De um lado, o autor aponta que os aparatos repressivos são acentuados em relação a produção não autorizada e o crime de tráfico de drogas, o que para Benevides e Braga (2022) se torna responsável por um alto índice de encarceramento. Por outro lado, Alves (2009) discute que a referida lei pode representar alguns avanços em relação às legislações anteriores, uma vez que distingue usuários de dependentes de drogas e aborda de maneira mais extensa a atenção à saúde e a reinserção social, trazendo a lógica da Redução de Danos (RD) como eixo central de orientação das ações de cuidado no campo, visando a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e direcionando as práticas para o fortalecimento dos fatores de proteção.

No que se relaciona ao alto índice de encarceramento, temos alguns apontamentos importantes a fazer, que vão ao encontro e retratam a ideologia racista que sustenta a guerra às drogas no Brasil. De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, no ano de 2023, 69,1% da população carcerária do país era composta por pessoas negras, em contrapartida, somente 29,7% eram pessoas brancas. O que chama a atenção no estudo, no entanto, não é somente esse dado - que já é alarmante por si só -. O ponto fundamental trazido pelo material é que em nenhum momento da série histórica, que foi realizada entre o período de 2005 e 2023, a representação racial se deu de modo diferente. Isso significa que “estamos lidando, portanto, com um processo criminal que tem cor. É razoável supor, a partir daí, que a decisão de quem será parado, revistado, detido e condenado é guiada pela raça” (Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2024, p. 360).

Na sequência, o estudo apresenta dados sobre o índice de Mortes Violentas Intencionais (MVI), que demonstra que os negros são as principais vítimas, representando 78% dos registros. Inclusive, os negros lideram os índices de todas as formas de morte: homicídio doloso

(77,8%); latrocínio (60,9%); lesão corporal seguida de morte (73,9%); morte decorrente de intervenção policial (82,7%); e, como já citamos acima: MVI (78%).

Nesse sentido, o estudo aponta que existem duas explicações para as mortes violentas intencionais no Brasil. A primeira explicação se relaciona às disputas de mercado e pontos de vendas de drogas entre facções, e a segunda explicação se relaciona às milícias que controlam os territórios utilizando armamento e violência. Ou seja, os dados indicam que a população negra no Brasil tem sido o principal foco das ações policiais, e que a política sobre drogas tem fracassado em seu suposto papel de “proteção” da sociedade. Isso porque, ao operar sob a retórica da proteção, tal política acaba por produzir e reforçar a ideia de que o perigo social está associado a ser negro.

Segundo o Atlas da Violência de 2024 (Cerqueira & Bueno, 2024), 68% dos indivíduos classificados como traficantes pertencem à população negra. De acordo com a discussão realizada no Atlas, entendemos que há uma contradição presente na estruturação da política sobre drogas e na forma como ela é executada. Na lei, o objetivo central da política é retirar drogas maléficas de circulação. No entanto, o objetivo que de fato toma uma centralidade na prática da política diz respeito à retirada de pessoas “indesejáveis” de circulação: a população negra (2024, p. 116). O que podemos perceber, a partir do que foi exposto, é que o encarceramento da população negra não se configura a partir de uma neutralidade ou simples acaso. Se configura como um projeto.

Conforme apontamos acima, a Lei nº 11.343/2006 tem contribuído para elevados índices de criminalização e prisões em massa, sendo responsável pela produção de uma série de danos sociais e individuais. Assim, Cerqueira e Bueno (2024) destacam aspectos que nos permitem compreender o funcionamento contraditório (e por vezes, subjetivo) da política sobre drogas no país. Entre eles, se evidencia a dificuldade de distinguir as figuras do usuário e do traficante, que decorre da ausência de critérios objetivos que orientem essa diferenciação. A

falta de critérios claros faz com que a definição fique baseada na avaliação subjetiva, fazendo com que a classificação (como usuário ou traficante) fique a cargo da interpretação dos agentes de justiça.

Ainda assim, a política proibicionista segue seu curso e segue se re-atualizando. É o que observamos a partir do ano de 2019, em que pudemos visualizar a política “retroceder”² e se recrudescer ainda mais. Um primeiro marco desse movimento é o Decreto nº 9.761, de 2019, que aprova a chamada “nova” Política Nacional sobre Drogas (PNAD). O Decreto promove uma série de mudanças que reforçam a centralidade numa perspectiva da proibição, tendo a abstinência como única alternativa de “cuidado”, retirando a Redução de Danos (RD) e ampliando o protagonismo das comunidades terapêuticas (CTs) em detrimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Esse movimento é aprofundado poucos meses depois com a promulgação da Lei nº 13.840/2019, sancionada no governo Bolsonaro. Diferente do Decreto que redefine diretrizes da política pública, a Lei normatiza esses mecanismos, como a possibilidade de internação involuntária de usuários de drogas, entre outras ações que compreendem à um retrocesso nos princípios da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), ao reforçarem práticas de privação de liberdade e “cuidado” de caráter religioso via CTs.

Por conseguinte, o segundo ponto de discussão a respeito dos retrocessos na política sobre drogas se refere ao Decreto nº 9.926 de 2019. O Decreto dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e representa uma inflexão na forma de formulação e deliberação das políticas. Uma das principais mudanças produzidas pelo decreto foi a redução expressiva do número de membros do Conselho, que deixou de contar com uma

² Usamos “retrocesso”, “retroceder” e termos correlatos sem nenhum intuito de entendimento da história como processo linear. Tais retrocessos não indicam necessariamente que “voltamos atrás”, mas dizem da própria continuidade da história que é contraditória, dialética, não sendo também algo automático. Nesta continuidade existem, portanto, descontinuidades, obstáculos etc. Contudo, em face das limitações linguísticas de expressar este movimento complexo e contraditório da realidade, optamos pelos termos com a intenção de demonstrar como eles vão na contramão de algumas conquistas e avanços (aqui no sentido humanizador) do campo.

composição ampliada (conselhos profissionais, sociedade civil e ministérios) para assumir um formato restrito, composto principalmente por representantes do governo federal que fossem indicados ao posto de conselheiro.

Com outras palavras, isso significa que o Decreto retirou por completo a participação da sociedade civil do CONAD, diferentemente do modelo anterior, no qual entidades da sociedade civil e conselhos profissionais possuíam o direito a voz e voto, considerando que a composição do Conselho era igualitária: mesmo número de representantes do governo e mesmo número de representantes da sociedade civil. O que a normativa fez foi restringir a composição a representantes ministeriais e governamentais, cessando o caráter democrático da política sobre drogas.

De modo geral, as mudanças promovidas pelo decreto e pela Lei nº 13.840/19 foram parte de um processo de recentralização do poder e enfraquecimento da participação social, se alinhando diretamente a uma faceta proibicionista e manicomial, se considerarmos o fortalecimento das CTs, supressão da RD e retirada da sociedade civil das decisões. A Lei continua em pleno funcionamento, no entanto, o Decreto foi revogado em 2023, a partir do Decreto nº 11.480. Ainda assim, permanece relevante para a compreensão do quanto o tema álcool e drogas é um campo permanente de disputas políticas e ideológicas, vivenciando uma série de idas e vindas que, no fim, estão ali para fortalecer o ideal de um Brasil livre das drogas.

Por fim, o terceiro ponto que consideramos fundamental indicar ainda nesta seção como uma das principais expressões desse retrocesso é a atual realidade das comunidades terapêuticas e demais dispositivos de caráter asilar-manicomial, como os hospitais psiquiátricos (extintos, teoricamente, a partir da Reforma Psiquiátrica). O que gostaríamos de discutir, de acordo com Oka e Costa (2022) é a recolocação da lógica hospitalocêntrica desde 2016, que passou a ocorrer de maneira mais incisiva através da Portaria nº 1.482/2016, em que o

Ministério da Saúde (MS), incluiu as CTs no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do SUS, abrindo espaço para que essas instituições recebessem recursos públicos.

Ocorre um movimento semelhante em relação aos hospitais psiquiátricos (HPs), que a partir da Resolução nº 32 de 2017, são reinseridos como dispositivos RAPS, com a Resolução sugerindo maior repasse financeiro. O ponto crucial ocorre no mesmo ano, com a Portaria nº 3.588, que coloca as CTs e os HPs como “pontos-chave” (Oka & Costa, 2022, p. 15) da RAPS, e acelera a reinstitucionalização da lógica manicomial. O que os autores discutem é que a partir disso “não há mais serviços substitutivos, afinal, o serviço ao qual substituíram foi reinserido na rede” (p. 15).

Em 2018 temos mais um instrumento de fortificação da contrarreforma, partindo da Portaria nº 3.659, que suspende o repasse de recurso financeiro aos CAPS e demais serviços que compõem a RAPS. Nesse cenário, em 2023, já no governo Lula, cria-se o Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuentes em Álcool e Drogas (DEPAD), via Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), com o princípio de “vigiar, qualificar e fortalecer instituições que historicamente se aliam à repressão, à punição, à violência e à violação de direitos” (Prudencio et al., 2023, p. 151). Até o momento, o DEPAD tem servido única e exclusivamente para o financiamento de CTs, sendo, portanto, um departamento das e para as CTs.

Gostaríamos de reiterar, que o que objetivamos ilustrar nesta seção, é como o campo álcool e drogas vem sendo utilizado como uma via para efetivar o projeto de contrarreforma psiquiátrica. O que veremos a seguir, no entanto, é que as leis antidrogas e as políticas públicas voltadas à criminalização e penalização das drogas e das pessoas são um dos fatores que influenciam na relação que a sociedade estabelece com a questão. Na seção a seguir, veremos como as drogas foram concebidas pela medicina e como o “cuidado” foi pensado e estruturado dentro dessa temática.

1.2. Junto à proibição, a manicomialização

Em se tratando do cuidado destinado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, entendemos que este não se constitui de maneira autônoma em relação à história da saúde mental, pois é profundamente atravessado pelos mesmos processos de psiquiatrização, medicalização e, fundamentalmente, manicomialização, que historicamente influenciaram as respostas do Estado em relação à loucura. Ao ser enquadrado como “dependência química”, o uso de drogas passa a integrar o campo dos transtornos mentais, herdando não somente categorias diagnósticas estabelecidas pelo saber médico-psiquiátrico, mas também práticas próprias do saber psiquiátrico hegemônico, marcado pela centralização na lógica de doença, pela tutela ao Estado, e segregação da sociedade (Oliveira et al., 2023).

Antes de partirmos para a discussão a respeito do cuidado focado especificamente na questão das drogas, precisamos realizar um breve apanhado histórico de como se constrói a ideia do louco e a manicomialização. De acordo com Batista (2014), quando voltamos nosso olhar à história e à cultura, nos deparamos com referências positivas e negativas sobre ela, nos levando a refletir a respeito da linha tênue que separa a loucura da normalidade. A autora aborda que a sociedade possui, em alguns momentos, concepções “românticas” da loucura, porém, em dado momento da história, a figura do louco aparece como um indivíduo descontrolado, perigoso, uma ameaça aos “normais” da sociedade. A associação do louco com o perigo, nesse aspecto, é o que deu origem à psiquiatria no século XIX.

Batista (2014) aborda que Michel Foucault em *História da Loucura* realiza uma discussão de como se estrutura a figura do louco na sociedade. A exclusão, tema central do nosso diálogo nesta seção, segundo Foucault, teve seu início a partir do esvaziamento dos leprosários, que eram espaços de segregação dos indivíduos, de modo que não tinham a intenção de tratar, curar ou reinserir na sociedade, mas de fato, retirá-los de circulação. Nesse sentido, Batista (2014) cita que a partir do momento em que a lepra foi controlada, no fim do

século XV, esses espaços passaram a receber outros tipos de enfermidades, como por exemplo, doenças venéreas e também, os loucos.

A “romantização” a qual nos referimos acima tem a ver com o fato de que alguns loucos eram aceitos pela sociedade e outros não. O que é discutido é que de um lado, algumas loucuras eram temas de expressões artísticas, e de outro lado, os loucos considerados “estranhos” (Batista, 2014, p. 393), que traziam consigo comportamentos perturbadores à ordem social, como por exemplo os bêbados, eram colocados em navios, em uma espécie de “exílio ritualístico” (p. 393), conhecido como “navio dos loucos”. Esse “exílio”, no entanto, tinha como função navegar a esmo, sem destino geográfico definido, mas com um objetivo central: levar embora da cidade os sujeitos indesejados. Nesse aspecto, o que Foucault aborda em sua tese é que a loucura não se trata então de um fenômeno natural e nem mesmo uma doença, mas uma expressão dos desdobramentos da civilização (Batista, 2014).

Inclusive, a partir de uma concepção foucaultiana, Batista (2014) discute como a separação entre razão e loucura deram origem a práticas institucionais de exclusão. Conforme citamos acima, com o fim dos leprosários, esses espaços de isolamento se reatualizaram e passaram a ser ocupados por outros grupos considerados socialmente indesejáveis ou perigosos, de modo que a loucura é um desses grupos. Assim, diferentes formas de desvio passaram a compartilhar um mesmo espaço de exclusão, fazendo com que esses indivíduos fossem isolados da sociedade e ficassem marcados como desviantes da ordem social.

Esse processo representa o fim do que Foucault chama de “grau zero” da história da loucura, período em que ainda não havia uma separação clara entre o que era considerado loucura e o que era considerado razão. No entanto, em determinado momento histórico, ocorre uma ruptura em que, de acordo com Batista (2014), a razão passa a ser considerada soberana, e a loucura deixa de ser compreendida como uma experiência humana e passa a ser vista como algo que precisa ser contido e excluído, a fim de manter a ordem social.

Isso culmina na chamada “estrutura de exclusão” para Foucault, que é sustentada por práticas institucionais específicas, voltadas para a segregação. Nesse sentido, Freitas (2004) categoriza dois acontecimentos centrais nesse processo. O primeiro é a criação do Hospital Geral de Paris, que deu início à chamada “grande internação”. Foi um local em que pessoas pobres, doentes e loucos passaram a ser confinados em massa, não com fins terapêuticos, mas como já citamos, a fim de controle social. O segundo, é a soltura dos acorrentados do hospital de Bicêtre, em 1974. Entretanto, esse segundo episódio não se caracteriza como um rompimento da lógica da exclusão, mas a reatualização dela, pois substitui aparatos físicos (as correntes), por novas formas de controle simbolicamente estruturadas, como a ideia da exclusão que é perpassada pelo controle médico.

Quem “liberta” os acorrentados de Bicêtre é uma figura deveras conhecida na história da psiquiatria, chamado Philippe Pinel, que propõe que a loucura seja definida como “alienação mental” (Batista, 2014, p. 383), sendo, portanto, alocada no campo da medicina. É aqui que surgem os chamados “asilos”, espaço que não tinha como objetivo segregar somente os loucos, mas tudo aquilo que ameaçava a ordem social de modo geral, incluindo os drogados. Pinel passa a definir uma nova concepção sobre a loucura e promove o que se chama de “tratamento moral”. O tratamento proposto por Pinel incluía uma série de ações que hoje são consideradas desumanas, e que, como veremos a seguir, estão cada dia mais em voga, mesmo no século XXI. Entre as estratégias utilizadas no tratamento moral de Pinel estão banhos de água fria e camisas de força, o que cada vez mais reforçava a lógica de que, para serem curados, os pacientes precisavam ser punidos (Batista, 2014).

Desse modo, Amarante (1995) argumenta que a caracterização do louco como indivíduo que representa risco e perigo, fomentou diretamente o desenvolvimento de um processo de institucionalização da loucura pelo saber médico, em que o efeito foi a criação de um espaço específico para alocar esses indivíduos. Além desse efeito primário, a associação

entre loucura e medicina fortaleceu a consolidação do paradigma biomédico em torno dos transtornos mentais, que veio a se tornar o hegemônico nas formas de tratamento vigentes.

De acordo com Moura (2020), é a partir do capitalismo em estágio industrial que a privação de liberdade dos loucos passa a ser institucionalizada com objetivos terapêuticos. A autora traça uma discussão a partir de Marx e sua Lei Geral da Acumulação Capitalista, que foi construída a fim de explicar a existência de uma população excedente, que era vista dessa maneira por não conseguirem ingressar no mercado de trabalho, e, por isso, eram considerados desnecessários e dispensáveis para a sociedade.

O que Moura (2020) discute, é que essa população excedente é útil por dois motivos: o primeiro é que ela é útil para manter a acumulação das riquezas de uma parcela mínima da população; o segundo, é que isso facilita que os indivíduos sejam mantidos sob controle, estando em situações cada vez mais profundas de exploração de sua mão de obra, se tornando então um potencializador do modo de produção capitalista. O que notamos, é que nos deparamos com uma contradição, pois estamos falando de uma população extremamente importante para manter a ordem do capital, mas que, em contrapartida, são tidos como improdutivos, incapazes e inúteis, o que motivou a retirada desses sujeitos do convívio social.

É justamente no grupo de “incapacitados ao trabalho” que a loucura se aloca e nesse contexto histórico, Moura (2020) dialoga a respeito de que a institucionalização da loucura não pode ser compreendida como um ato de cuidado terapêutico, mas como parte de um arranjo social mais amplo voltado à manutenção da ordem econômica e social que estava em plena reconfiguração. Conforme discutimos acima, com a consolidação do capitalismo industrial, determinados indivíduos passaram a ser considerados inaptos ao trabalho. Assim, os indivíduos classificados como loucos foram inseridos neste grupo de inaptos, considerados incapazes de contribuir para o processo de produção. É a partir disso que o Estado passa a intervir por meio de instituições asilares, visando controlar, punir e disciplinar.

As práticas manicomiais, como por exemplo a tutela do indivíduo, transbordaram para a forma de cuidar no campo de álcool e outras drogas, em que a única maneira de cuidar do sujeito seria a partir de sua retirada da sociedade, uma vez que esse uso também recebia a caracterização de doença crônica e desvio (Pratta & Santos, 2009). É por essa intersecção que as internações compulsórias, tratamentos centrados na abstinência e a produção de sujeitos adoecidos não podem ser compreendidos sem referência ao paradigma manicomial que orienta, até os dias atuais, o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas.

Ou seja, é diante da ascensão do modo de produção capitalista que a sociedade localiza formas de punir e reprimir aqueles que não ingressaram no trabalho, que não produziam. Utilizando como justificativa que a loucura e o uso de drogas são ameaçadores do bem-estar social, o isolamento torna-se socialmente aceito, uma vez que a medicina o apresenta como única possibilidade de intervenção, de “cura” e reintegração social. Aqui, vemos a perda da liberdade como característica central do modelo manicomial. Conforme aponta Bisneto (2007) citado em Moura (2020):

O interesse em estabelecer que o menos frequente é anormal e que o anormal é patológico provém também da necessidade das elites econômicas e políticas de encontrar explicações para o mau funcionamento da sociedade, eximindo-se de qualquer parcela de responsabilidade [...] as elites tentam taxar as divergências de disfuncionalidades, ignorando a natureza da sociedade, numa apropriação social silenciosa (Bisneto, 2007, pp. 75-76, citado em Moura, 2020, p. 274).

No Brasil, a relação que se estabelecia com a loucura não era muito diferente. Na verdade, o diferencial brasileiro se encontra na maneira como a loucura foi institucionalizada. Aqui, ela fez parte do convívio social entre o século XVI até o século XIX, e ao invés de ser diretamente apropriada pelo discurso médico, ela foi apropriada pelo discurso religioso, de modo que os indivíduos eram retirados do convívio social e isolados nas Santas Casas de

Misericórdia. As Santas Casas tinham o mesmo princípio que visualizamos na realidade estrangeira, que se trata da segregação, falta de higiene, e um tratamento moral que não surtia efeito. Visto a ineficácia desse modelo de internação, médicos passaram a reivindicar o estabelecimento de um local específico para os loucos: o hospício (Batista, 2014). A partir disso a loucura passa a ser de domínio do discurso médico-psiquiátrico, passando por um processo de medicalização e transformação em doença mental, em que não haveria possibilidade de cura se não houvesse o isolamento como parte central do tratamento.

A partir da reclusão daqueles que não se adequavam às normas sociais, surgia um movimento crítico ao paradigma manicomial. Um dos principais nomes do movimento de construção de uma nova forma de cuidado em saúde mental foi Franco Basaglia, um importante psiquiatra italiano que, de acordo com Amarante (1994), passou a questionar as formas de cuidado daquele período. Basaglia denominou os asilos/manicômios de “instituições da violência”, justificando que tais instituições não promoviam a cura da loucura, pelo contrário, produziam a doença e cristalizavam o indivíduo na condição de doente, perpetuando uma relação tutelada ao Estado, invalidando e invisibilizando aqueles que fossem internados (Basaglia, 1985).

Como coloca Galetto (2025), a revolução proposta por Basaglia no campo da saúde mental não se restringia a ajustes das instituições à uma condição mais humanizada de tratamento, mas sim, uma intensa transformação que passava pela hegemonia do saber médico-psiquiátrico. Tratava-se de um processo de desinstitucionalização que não dizia somente dos muros hospitalares, mas também do próprio saber que os sustentava, pois eram esses aparatos que eram responsáveis pela perpetuação e manejo do sofrimento psíquico, de modo a esconder as mazelas sociais que os produzem (Amarante, 1994)

Para fundamentar essa crítica e a construção de uma Psiquiatria Democrática, Basaglia recorreu à Fenomenologia, a partir da qual formulou a proposta de colocar a “doença entre

parênteses”. A intenção aqui não era negar a existência do sofrimento ou adoecimento psíquico, mas recusar que ela fosse o centro do tratamento, negando uma perspectiva ideológica que sustenta o viés biomédico, que produz e perpetua o sofrimento psíquico (Portugal et al., 2018).

Nesse sentido, a reforma psiquiátrica brasileira sofreu fortes influências das experiências italianas. As reivindicações em prol de que novas formas de cuidado fossem pensadas e oferecidas para o campo de saúde mental, álcool e outras drogas teve seu início na década de 1978, a partir do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que estava relacionado ao movimento de Reforma Sanitária, uma vez que os hospitais vinham se multiplicando cada vez mais pelo país, culminando na precariedade dos serviços.

O MTSM passou a denunciar de forma incisiva as violências e violações de direitos ocorridas no interior dos hospitais psiquiátricos, evidenciando práticas desumanas, pautadas em isolamento, cronificação do sofrimento psíquico, e denunciando uma realidade hospitalar que retirava dos sujeitos as suas identidades e quaisquer possibilidades de superação do sofrimento. Então, inspirando-se em Basaglia, o movimento passou a defender a superação do modelo asilar e a construção de um cuidado em liberdade e melhores condições de trabalho, pois a realidade do manicômio não impactava somente as pessoas ali internadas, mas também os profissionais, que careciam de passar por um processo de desumanização para que fosse possível realizar o trabalho.

Assim, a loucura deixa de ser compreendida exclusivamente como objeto de controle médico e passa a ser considerada como um fenômeno que é impactada pelos determinantes sociais e pela estrutura histórica da nossa realidade. Esse deslocamento foi fundamental para que surgissem novas propostas que visavam substituir o hospital psiquiátrico por uma rede substitutiva de serviços comunitários que fossem capazes de oferecer cuidado integral sem romper vínculos sociais e o convívio do sujeito em sociedade.

É nesse horizonte que surge a proposta para a reforma psiquiátrica brasileira, em que um dos principais marcos legais se dá pela Lei 10.216/2001, que regulamenta as formas de proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, com a construção de uma rede substitutiva de cuidado, chamada de Rede de Atenção Psicossocial, consolidada a partir da Portaria nº 3.088/2011. A RAPS é composta por um conjunto articulado de serviços que integram a rede substitutiva de saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa rede organiza-se a partir de diferentes eixos de atenção, que buscam garantir o cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

O primeiro eixo corresponde à Atenção Básica em Saúde, composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelas Equipes de Atenção Básica voltadas a populações em situações específicas, pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), que, a partir da Portaria nº 635/2023, passou a ser denominado Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti) (Brasil, 2023), além dos Centros de Convivência. Na sequência, destaca-se a Atenção Psicossocial Especializada, estruturada a partir dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), organizados segundo diferentes níveis de complexidade e especificidade: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSad III e CAPSi. O terceiro eixo da RAPS refere-se à Atenção de Urgência e Emergência, composta por serviços como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (Brasil, 2011).

Em quarto lugar, encontra-se a Atenção Residencial de Caráter Transitório, que compreende as Unidades de Acolhimento (UA), nas modalidades adulto e infantojuvenil, e as CTs. Esta última configura-se como um ponto de tensão no âmbito da luta antimanicomial, na medida em que, em muitos casos, reproduzem práticas e lógicas asilares-manicomiais, distanciando-se dos princípios da reforma psiquiátrica. O quinto eixo corresponde à Atenção Hospitalar, que inclui os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e as enfermarias

especializadas. Por fim, o sexto e o sétimo eixos da RAPS dizem respeito, respectivamente, às Estratégias de Desinstitucionalização e às ações de Reabilitação Psicossocial, voltadas à garantia de direitos, à autonomia e à reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico (Brasil, 2011).

Com a lei da Reforma Psiquiátrica, o governo brasileiro se debruça em construir uma Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD), publicada em 2003, que redireciona o cuidado dentro dessa temática e estabelecendo critérios pautados na liberdade, cuidado democrático e defesa dos direitos humanos. No entanto, o que visualizamos no Brasil hoje são inúmeras tentativas do governo brasileiro em intensificar e perpetuar a guerra às drogas e o processo de Contrarreforma Psiquiátrica (CP), processo que vem se intensificando a cada ano através do desmonte das políticas públicas e desfinanciamento da rede substitutiva.

Nos últimos dez anos, acompanhamos o que de acordo com Cruz et al. (2020) pode ser chamado de desmonte da política nacional de saúde mental ou Contrarreforma Psiquiátrica, em especial, diante das políticas relacionadas ao uso de drogas no Brasil. Essa regressão escancarou-se quando, no ano de 2019, foi sancionada a já mencionada Lei nº 13.840, a “nova” lei de drogas. Entretanto, esse “novo” aparato, parafraseando Costa (2022), abre mão política de RD e resgata uma forma de compreender o uso de drogas que já é comum em nossa sociedade, pautando-se principalmente no fundamento da abstinência, além de fomentar a perpetuação de uma lógica disciplinar, fortalecendo aparatos focados na repressão dos sujeitos e criminalização das drogas.

No que se refere aos retrocessos nas políticas e à judicialização da questão, um dos exemplos atuais que podemos citar na realidade brasileira é através do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), criado em 1986 pela Lei nº 7.560. O órgão gestor do fundo é a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD), que é vinculada ao Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP). Costa e Mendes (2023) realizaram uma

análise do que se expressa na gestão orçamentária do fundo e fizeram alguns apontamentos fundamentais para o avanço da nossa discussão.

O primeiro ponto está explícito no próprio nome do fundo. Segundo os autores, a utilização do termo “antidrogas” representa uma “inflexão política” (p. 157) frente às legislações voltadas ao tema. O segundo ponto relaciona-se ao fato do fundo estar vinculado ao MJSP, o que representa o processo de judicialização da temática em detrimento de outras áreas como saúde, assistência social e educação. E em terceiro lugar, existe o seguinte movimento: a partir da Lei 13.886/2019, 20% a 40% dos recursos do FUNAD são destinados às políticas estaduais e distritais (Brasil, 2019). Isso significa que até 40% dos recursos são direcionados para o aparato repressivo estatal, vulgo redução da oferta (Costa & Mendes, 2023). Esses recursos são obtidos através dos bens apreendidos advindos do “combate” ao tráfico de drogas. Ou seja: os recursos financeiros vêm da guerra e voltam para a guerra.

Ademais, além dos recursos do FUNAD serem direcionados majoritariamente para a manutenção da guerra, conforme situamos rapidamente na seção anterior, no que concerne à realidade atual do campo de saúde mental, álcool e outras drogas, observamos através das políticas públicas, projetos de lei, decretos e relatórios nacionais, que estamos passando por um vasto retrocesso e desmonte daquilo que foi conquistado a partir da RP. Esse processo pode ser visto através de inúmeros relatórios nacionais de inspeção em comunidades terapêuticas, em que os documentos indicam uma gama de ações de violam os direitos humanos, e a execução da lógica manicomial na sua maneira mais clássica, utilizando-se da privação de liberdade, disciplinarização dos corpos, uso da religiosidade e da laborterapia como métodos de tratamento (CFP, MNPCT, MPF, 2018; MNPCT, 2024).

Essa realidade, por sua vez, está cada vez mais próxima de nós e daquilo que circunda a lógica de “cuidado” no campo da saúde mental, álcool e outras drogas. Como discutimos acima, um processo de contrarreforma psiquiátrica está em pleno curso, e a título de

exemplificação, citamos o caso do DF. Destacamos a manutenção do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), localizado em Taguatinga, região administrativa do DF. A instituição encontra-se em funcionamento desde 1976, considerando ter completado 45 anos de funcionamento em 2021. O hospital funciona em desacordo com os marcos legais da Reforma Psiquiátrica, sobretudo a Lei nº 10.216/2001.

No entanto, antes mesmo da promulgação da lei da reforma, o DF conta com uma lei distrital nº 975, de 12 de dezembro de 1995, que estipula que os leitos psiquiátricos em hospitais de longa permanência deveriam ser extintos no prazo de 4 anos, a contar a partir da publicação da referida lei (Distrito Federal, 1995). Ou seja, o HSVP deveria estar fechado desde o ano de 1999, o que caracteriza pelo menos 26 anos de funcionamento ilegal. O que é curioso pois, ao mesmo tempo que a rede substitutiva do DF está sucateada, o manicômio ilegal custa milhões aos cofres do DF, o que representa, claramente, qual o viés de cuidado adotado na capital do país.

Não sendo suficiente a existência de um hospital psiquiátrico em pleno funcionamento, em agosto de 2024, coordenado pelo MNPCT foi realizada uma inspeção dentro do HSVP, que demonstrou não só a violação da lei da Reforma Psiquiátrica, mas práticas abusivas como o uso de contenções mecânicas e disciplinares, internações de longa permanência e cronificação de pacientes, com pouco foco em reabilitação social, impedimento de acesso a meios de comunicação, relatos de abusos físicos e verbais por parte dos funcionários, inclusive tendo pacientes com marcas físicas visíveis (MNPCT, 2024), o que evidencia, por sua vez, a persistência de práticas asilares por parte do hospital, sob financiamento massivo do DF.

Paralelo a isso, informações divulgadas pelo Relatório Saúde Mental em Dados (Ministério da Saúde, 2024) evidenciam que o DF apresenta atualmente uma das piores coberturas de saúde mental do país, especialmente no que se refere aos CAPS, principal dispositivo da RAPS. Segundo o documento, enquanto a média nacional gira em torno de 1,13

CAPS por 100.000 habitantes (o que já é um número insuficiente perto da demanda), o DF registra aproximadamente 0,55 CAPS por 100 mil habitantes, configurando a segunda pior cobertura entre as unidades federativas, ficando à frente apenas do estado do Amazonas. Esse déficit estrutural é agravado pela escassez de outros dispositivos que compõem a RAPS, como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e UAs, o que compromete diretamente a efetivação das diretrizes da RP e reforça a permanência do modelo hospitalocêntrico em detrimento do cuidado em liberdade.

Dessa forma, observamos que o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas foi historicamente construído sobre bases violentas, proibicionistas e manicomiais. Essas bases impactam diretamente na desumanização do sujeito, uma vez que, para além da morte do corpo, esses espaços produzem também a morte das identidades e das particularidades de cada indivíduo. Nota-se, ainda, um avanço reiterado da contrarreforma por meio do campo do cuidado em álcool e outras drogas, público que tem sido majoritariamente direcionado às comunidades terapêuticas, sob a égide de que o cuidado se efetiva a partir da triangulação religião-disciplina-trabalho. Aquilo que se observa no período em que o tratamento se dava nos manicômios retorna, agora atualizado, com novos contornos e maiores requintes de controle, em constante contradição com as legislações federais, recebendo financiamento público e representando-se como um campo permanente de disputa política e ideológica.

1.3. A Redução de Danos: um caminho possível (e necessário)

Ao falar sobre a Redução de Danos (RD), sempre culminam muitos questionamentos sobre seu funcionamento, especialmente sob a égide de ser banalizada e considerada por muitos como “apologia às drogas”, já que no Brasil, desde a primeira experiência, ela foi concebida dessa maneira. Através dos relatos de Fábio Mesquita (2020, p. 2):

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

Para compreendermos os sentidos atribuídos à RD, especialmente o modo como ocorreu seu processo de banalização, torna-se fundamental situá-la historicamente, visto que a RD possui capítulos e fases diversas que vão do seu surgimento até o que se tornou atualmente. É o que explica Petuco (2020), que defende que existem “três ondas” da RD no Brasil, e tentaremos explicitá-las um pouco aqui, desde sua criminalização até se tornar uma política de cuidado no campo da saúde mental, álcool e outras drogas. Mas, antes de partirmos para a história brasileira, faremos uma breve recapitulação de sua história internacional.

De acordo com Queiroz (2001), a primeira experiência no plano da saúde coletiva e o primeiro momento que indica o nascimento da RD no mundo aconteceu no Reino Unido, na década de 1926. O Relatório Rolleston, como foi chamado pelos médicos que desenvolveram a estratégia, possuía como objetivo administrar opiáceos para aqueles que sofriam de dependência de heroína, partindo do pressuposto de que, se a prescrição fosse realizada por um profissional da medicina, os indivíduos poderiam levar uma vida mais saudável com a diminuição dos sintomas da abstinência e conseqüentemente manter uma vida mais produtiva socialmente. Queiroz (2001) discute que naquele período, era consenso que o melhor caminho para se tratar o uso de opiáceos seria a partir da interrupção total do uso, mas partia-se do reconhecimento de que o uso estava associado às condições particulares de cada indivíduo, compreendendo, portanto, que a prescrição médica poderia ser válida para diminuir os impactos negativos na vida dos usuários.

O segundo momento da história internacional da RD é marcado por seu caráter comunitário e de movimento político, uma vez que representou o pontapé inicial para a criação da primeira associação de usuários de drogas do mundo. Fundada em 1980, na cidade de Rotterdam, na Holanda, e encabeçada por Nico Adriaans (considerado o pai da RD), a associação denominada *Junkiebond* surge como resposta às iniciativas proibicionistas do governo, à primazia da abstinência, à ausência de recursos de saúde voltados às pessoas que faziam uso de drogas - especialmente a heroína por via injetável - e aos elevados índices de contágio por hepatite B e HIV/Aids entre esses grupos (Queiroz, 2001).

O *Junkiebond* foi precursor das estratégias desenvolvidas de forma horizontal, ou seja, de usuário para usuário, em um contexto em que o cuidado era absolutamente verticalizado (em virtude da política proibicionista), onde a supremacia do saber médico-psiquiátrico mantinha suas raízes nos serviços de saúde e no imaginário social. Promovendo a criação de espaços acolhedores, distribuição de metadona e a troca de seringas, o grupo revolucionou não somente a forma de lidar com o uso de drogas, mas revolucionou também toda a perspectiva de cuidado construída e perpetuada naquele período. Ali, em 1980, com o *Junkiebond*, nasceu a estratégia de RD. Nas palavras do próprio Nico, quando apresentou a associação através de um Zine da época, ficava postulado o que se tornaria um dos princípios fundamentais da RD: a participação social e o caráter de movimento político no que tange o tema das drogas:

Os municípios e as instituições terão de compreender que sem a participação dos consumidores não será possível estabelecer uma política coerente em matéria de drogas. Somente quando (antigos) viciados, usuários, fanáticos por speed e pílulas, etc. unirem forças seremos capazes de mudar as coisas. O objetivo mais importante do *Junkiebond*

é melhorar a vida pessoal e social dos usuários, ou, se preferir, humanizá-los (citado em Azevedo et al., 2024, pp. 5-6).³

Além da exigência de participação na formulação das políticas públicas, também se encontra a reivindicação de que nenhuma supressão de uso fosse obrigatória, a existência de locais específicos e seguros para o uso de drogas, transparência da prefeitura sobre as ações no campo das drogas, tratamento igualitário por parte da política e o direito de que os usuários pudessem falar “sobre seu próprio destino” (Azevedo et al., 2024, p. 10).

Nico Adriaans é um dos nomes centrais quando falamos do nascimento da RD, pois além de ter sido o fundador do *Junkiebond*, a partir de sua luta e de sua história novos caminhos puderam ser traçados para pessoas que usam drogas. Foi a participação social nas decisões políticas, princípio fundamental da RD, que culminaram na implementação do primeiro Programa de Troca de Seringas (PTS) em Amsterdã, no ano de 1984. Nesse mesmo período, no ano de 1985, em Liverpool, Inglaterra, a RD também vinha ganhando força como estratégia de saúde pública, de modo que uma série de ações estavam sendo criadas e implantadas, como por exemplo a troca de seringas, educação sobre drogas, serviços de aconselhamento, moradia e emprego, tratamento para aqueles que sofriam de dependência, entre outros (Queiroz, 2001).

Conforme discute Queiroz (2001), aqui nos deparamos com uma diferença ideológica nos dois momentos constitutivos da RD no mundo. Segundo a autora, a experiência inglesa é marcada por uma identificação com a hegemonia biomédica, de modo que são utilizadas justificativas (a não produtividade no MPC) que validam a utilização de estratégias sob o paradigma médico-psiquiátrico, já supracitados. Em contrapartida, existe a experiência holandesa, que é vivenciada principalmente a partir de uma organização da sociedade civil,

³ O material utilizado para esta citação refere-se à um Zine, intitulado de “*Dope: de repente, como um raio vindo do nada, surge o Junkiebond*”, publicado em 2024 e lançado no mesmo ano no 1º Seminário Internacional de Redução de Danos, que ocorreu em Santos - São Paulo. O material foi produzido por Bruno Logan, Adriana Ugolini Benatti, Ana Cecília Vilela Guilhon, Alexandre Monteiro, Fábio Mesquita, Sabrina Mertens e Craco Resiste. Aborda especificamente a história da Redução de Danos a partir de um movimento comunitário, bem como o protagonismo de Nico Adriaans e demais usuários que compunham o grupo Junkiebond.

reivindicando participação na esfera política, o que garante à RD o seu caráter de luta e fortalecimento dos grupos comunitários em relação à experiência com as drogas. Ainda que existam dois vieses da constituição da RD, as experiências internacionais se tornaram referências para outros países, e passaram a ser incorporadas nas políticas públicas e nas realidades vivenciadas fora da Europa (Brites, 2006).

É o caso do Brasil, em que o cenário era semelhante ao que ocorria na Europa. A realidade vivida pelo país demonstrava que diversos equipamentos de saúde despendiam esforços desenvolvendo recursos para lidar com a epidemia da Aids que também impactava nosso território. Durante esse período, surgem iniciativas dos serviços de saúde e de Organizações não Governamentais (ONGs) para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à prevenção e ao cuidado de pessoas com HIV/Aids, ao mesmo tempo em que se ampliaram as disputas em torno da garantia de direitos e do acesso à saúde.

O nascimento da RD brasileira, portanto, está diretamente atravessada pela conjuntura dos fatos relacionados à epidemia da Aids. Segundo Petuco (2020), o índice de transmissão de Aids e Hepatite B era tamanho, que a cidade de Santos era conhecida como “capital da Aids” (p. 95), e carregava consigo o maior índice de contágio em todo o país. É nesse cenário que a RD é introduzida no Brasil, no final da década, em 1989. Atualmente com 36 anos, a chegada da RD representa uma ruptura com as perspectivas deterministas e proibicionistas predominantes no campo álcool e outras drogas, deslocando o foco do controle da droga e colocando o cuidado como foco central.

O marco central de sua incorporação como política no Brasil ocorreu em 1989, no município de Santos, quando um grupo ligado à reforma sanitária e à luta antimanicomial assumiu a gestão municipal. Entre esse grupo estão David Capistrano Filho, militante do Movimento de Reforma Psiquiátrica e responsável por conduzir a rede de saúde do município. Fábio Mesquita, médico da rede de saúde santista, responsável pela articulação das políticas de

HIV/Aids. Telma de Souza, prefeita de Santos à época pelo Partido dos Trabalhadores (PT) (Petuco, 2020). Nesse período, conforme o CFP (2019), são implementadas intervenções de RD junto aos usuários de drogas injetáveis (UDIs) e promovida uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta, então hospital psiquiátrico da cidade. Essas experiências impulsionam a criação dos Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) e consolidaram práticas que posteriormente influenciaram a construção da atenção psicossocial no país.

Entretanto, apesar de seu caráter inovador, essas iniciativas foram duramente criticadas e o grupo foi alvo de represálias do Ministério Público Federal (MPF), sob acusações de que as ações estariam facilitando o uso de drogas, fazendo apologia a elas, mesmo que as intervenções estivessem apresentando resultados positivos (Brites, 2006). De acordo com Oliveira e Santos (2010), como principais resultados do programa de troca de seringas, a incidência de usuários de drogas com hepatite B caiu de 26% para 5% em cinco anos, e em relação ao HIV/Aids, de 12% para 3% em dois anos, o que demonstra a efetividade da estratégia adotada, se comparada com a abstinência somente.

No entanto, segundo Fonsêca (2012) é a partir da atuação de organizações da sociedade civil, que a RD vai se tornando, gradativamente, uma política governamental. Isso ocorreu somente na década de 1990, período em que o Conselho Federal de Entorpecentes se apresentou favorável para a implementação de ações de RD. Esse parecer favorável foi importante para o início de ações pautadas na RD, dando início ao primeiro programa brasileiro, que começou efetivamente no ano de 1995, em Salvador - Bahia, ligado ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA). O autor aborda que a partir desse período, a RD foi ganhando dimensão política e se fortalecendo a partir da realização de diversas conferências mundiais de redutores de danos, que eram realizadas frequentemente em outros países.

É nesse cenário que, em 1997, nasce a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) e no ano seguinte, é fundada a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC). Ambas as redes tinham como objetivo fortalecer a RD no país e servir como instrumentos articuladores de profissionais de saúde, redutores de danos e usuários de drogas, visando maior incidência política e comunitária, visando o alcance de maior autonomia na elaboração de políticas públicas sobre drogas (Passos & Souza, 2011). Ao lado da fundação dessas redes, diversas leis foram sancionadas a nível estadual e municipal para legitimar e oficializar os programas de redução de danos no país. No entanto, conforme Fonsêca (2012) discute, nesse período o foco da RD está na população, através de um ponto de vista epidemiológico. Isso quer dizer que nesse momento histórico da RD no Brasil, ela se voltava muito mais para a redução dos danos de uma sociedade que estava enfrentando a epidemia do HIV/Aids e de outras doenças infecciosas.

No ano de 2001, já existiam em média 100 projetos de redução de danos espalhados pelo país. Nesse mesmo ano, o Brasil começa a estabelecer o processo de desinstitucionalização de pessoas portadoras de transtornos mentais, com a lei da Reforma Psiquiátrica, nº 10.216. Em 2002, portanto, o Ministério da Saúde (MS) passou a considerar a RD como uma estratégia de prevenção ao uso e abuso de drogas, incorporando-a no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de serviços especializados, como o CAPSad, que surgiu a partir da Reforma Psiquiátrica. Essa trajetória culmina no reconhecimento institucional da RD como estratégia de saúde pública pelo MS, reforçada posteriormente com a publicação da Portaria nº 1.028, de julho de 2005, que “determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrente do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria” (Brasil, 2005, s.p.).

O que se observava, nesse momento, era uma transição de foco da RD, que gradualmente deixava de estar centrada na prevenção do HIV/Aids, para se redirecionar à

redução dos danos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Esse deslocamento ocorre a partir de sua incorporação no campo da saúde mental. Nesse contexto, a RD passa a ser reconhecida como estratégia prioritária da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, lançada pelo MS, orientando ações de cuidado pautadas na integralidade, respeito à autonomia e valorização do território. Essas ações passaram a atravessar os serviços do SUS, com destaque para aqueles voltados para atenção psicossocial, como é o caso dos CAPS. Aqui, a lógica da abstinência deixa de ser o único horizonte terapêutico, abrindo espaço para práticas de cuidado ampliadas e comprometidas com a garantia de direitos (Ministério da Saúde, 2001).

Em 2006, portanto, temos a publicação da Lei nº 11.343, a Lei de Drogas. Com essa lei, é instituído o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), com o objetivo atuar em algumas frentes voltadas a construção de medidas de prevenção ao uso de drogas, atenção e reinserção social. Ainda que essa lei seja controversa e o gatilho para a apreensão em massa de indivíduos, segundo Fonsêca (2012), representa também um certo avanço no âmbito do cuidado, pois afasta o uso de drogas do viés policial e aproxima como uma questão de saúde. Nesse sentido, a RD:

[...] traduz-se em posturas e atitudes, políticas e programas, que tem como objetivo contribuir para a transformação da visão de mundo das posturas da sociedade diante das drogas, possibilitando diálogo na sociedade e expressão das pessoas que usam drogas, sobre os usos, necessidades, desejos, direitos e deveres (Fonsêca, 2012, p. 17).

Assim, acatamos a RD como um novo paradigma no campo das drogas, que inaugura um novo modo de olhar para essa questão e propõe tecnologias de intervenção que sejam comprometidas com o respeito às múltiplas formas de ser e estar no mundo, bem como a promoção da autonomia. Parte-se da compreensão de que os danos relacionados às drogas não são referentes somente aos danos físicos, mas aos danos causados pela própria política de

drogas brasileira e global, e principalmente, aos danos advindos pelo próprio paradigma proibicionista, que como discutimos nas demais seções, promovem o encarceramento em massa da população negra e práticas desumanas de cuidado.

Como vimos acima, não é de hoje que a RD é alvo de críticas e de dizeres completamente equivocados a respeito de seu funcionamento. A seguir, queremos apontar diversos retrocessos sofridos pela RD nos últimos anos, e que impactam diretamente na maneira como a política sobre drogas é estruturada em nosso território. O que observamos é o retrocesso nas políticas (tanto de drogas, quanto de saúde mental), e tentativas diversas do Estado em recrudescer ainda mais as ações do governo relacionadas ao uso de drogas.

O primeiro fator que gostaríamos de apontar e talvez o mais importante no que tange à RD, se refere ao já mencionado Decreto nº 9.761/2019. Esse Decreto aprova a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e passa a enfatizar a busca de abstinência como estratégia e horizonte central do cuidado/tratamento, não mencionando mais a RD como um de seus princípios norteadores. Essa decisão se configura como um retrocesso porque atua em desacordo às já inúmeras políticas consolidadas no país, como é o caso da lei da reforma psiquiátrica, a política de atenção integral aos usuários de drogas e os serviços substitutivos da RAPS.

Mais um exemplo é a Proposta de Emenda à Constituição (PEC), de autoria do senador Rodrigo Pacheco, que possui como objetivo alterar o artigo 5º da Constituição Federal, criminalizando a posse e o porte de drogas. De acordo com Teixeira (2024), a PEC 45 é a expressão direta do racismo institucional, onde “o Estado se converte num agente ativo para prender, matar e construir organizações criminosas essencialmente compostas por jovens negros e periféricos” (p. 3).

Por fim, trazemos um debate a respeito dos recursos advindos do FUNAD, que são direcionados basicamente para a manutenção da guerra às drogas e o financiamento de

comunidades terapêuticas, em detrimento da RAPS. Segundo Costa e Mendes (2023), a maior parte dos recursos do fundo são destinados para ações de redução da oferta de drogas, voltando-se majoritariamente para as forças policiais. Entretanto, de acordo com o autor e autora, não existe transparência na maneira como os recursos são alocados e é nesse cenário que as comunidades terapêuticas ganham força, pois se observa que o financiamento desses espaços tem se dado através do fundo, por meio de editais de chamamento. Em contrapartida, visualizamos em curso um desfinanciamento de serviços de caráter substitutivo, de modo que a RAPS vem sendo cada vez mais sucateada. Nesse movimento, vemos não só o sucateamento da RD, mas o avanço da contrarreforma psiquiátrica pela via do cuidado em álcool e outras drogas.

Resumindo, com o Decreto nº 9.761 retirando a RD da política sobre drogas e privilegiando o tratamento a partir da abstinência, a PEC nº 45 na tentativa de criminalizar o porte e a posse de drogas e o FUNAD que direciona seus recursos basicamente para o fortalecimento da guerra às drogas e o financiamento das CTs em larga escala, vemos que o campo álcool e outras drogas vem sendo não só um campo de ataque, mas principalmente um campo de disputa em relação às políticas de controle e cuidado.

No entanto, a Resolução nº 13, de 13 de fevereiro de 2025 do CONAD, dispõe sobre a aprovação das diretrizes e metodologia para a elaboração de uma nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e do novo Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (PLANAD). A Resolução prevê que um dos princípios e principais eixos da política deve ser a redução de danos, a justiça étnico-racial, a defesa dos direitos humanos, o respeito à dignidade dos usuários de drogas, participação social na elaboração da PNAD e do PLANAD, entre outros. Ainda que seja um movimento insuficiente frente às inúmeras estratégias utilizadas pelo Estado para efetivar o desmonte, é fundamental repensar a política a partir dos retrocessos enfrentados desde 2019.

Diante de tantos retrocessos nas políticas públicas e tentativas do Estado em devolver os indivíduos para os muros de hospitais (ou das conhecidas CTs), é necessário pensarmos novas palavras e novos fazeres a respeito do cuidado em álcool e drogas. É necessária uma ruptura com a lógica asilar-manicomial para que possamos enxergar um horizonte de transformação, tanto individualmente, quanto coletivamente. E nesse caso, a ética da RD se mostra como um caminho possível para essa ruptura. Conforme é colocado por Birman (1982):

Com efeito, não cabe apenas pensar a relação com a loucura em termos de cura, pois isso seria continuar no mesmo campo ideológico tradicional que a identificou com a doença mental, mas procurar transformar a relação da sociedade ocidental com a loucura, que está cristalizada no asilo e na exclusão social, já que constituem elementos fundamentais de controle da marginalidade social e de suas implicações políticas. Aqui, portanto, o conceito de doença mental está claramente em questão, o que não estava anteriormente. Cabe, inclusive, desinstitucionalizar a doença mental para apreendê-la de uma outra forma e conferir a ela um outro destino social (Birman, 1982, p. 240 citado em Amarante, 1994, p. 63).

Ainda que Birman (1982) esteja falando sobre a desinstitucionalização da loucura, aqui defendemos que é necessário uma desinstitucionalização de todo o aparato manicomial e proibicionista que impacta diretamente as formas de cuidado pensadas no campo álcool e drogas, transbordando para as maneiras como a questão é enxergada socialmente e como os outros instrumentos sociais são articulados de modo a perpetuar esse viés, como é o caso das formações profissionais, incluindo a própria Psicologia. Nesse sentido, entendemos que a RD pode ser uma ferramenta valiosa na desconstrução de saberes hegemônicos e de práticas não democráticas de cuidado, funcionando como uma proposta ética e política na abordagem do tema álcool e drogas, pois esta não impacta somente o usuário do outro lado, mas o olhar do

próprio profissional, que já chega nos serviços com uma perspectiva enviesada sobre o uso de drogas.

1.4. Psicologia e drogas

Falando em formação, tema central desta dissertação, consideramos importante realizar alguns apontamentos sobre o que é a graduação no Brasil e o que é a graduação em Psicologia no Brasil. Conforme aponta Chauí (2003), o ensino superior brasileiro carrega consigo uma lógica calcada em privilegiar interesses da burguesia, funcionando como um espaço de exclusão da classe trabalhadora. Isso porque o acesso à educação nunca se deu de maneira neutra, pois esteve articulado à manutenção de privilégios de classe e reprodução de desigualdades sociais, uma vez que os próprios conteúdos não abarcam em completude a realidade vivenciada em nosso país.

O que ocorre, segundo Paula e Lamarra (2011) citado em Dantas et al. (2019), é que o ensino superior brasileiro se destaca como o mais privatizado e elitizado da América Latina, o que aprofunda as desigualdades não só no acesso, mas principalmente na permanência do estudante no espaço universitário. Dantas et al. (2019) discutem que mesmo em instituições públicas, em que o acesso deveria ser democratizado, percebe-se uma presença majoritária de estudantes oriundos de classes com maior poder aquisitivo. Em contrapartida, estudantes provenientes das classes populares encontram cada vez mais obstáculos para acessar e permanecer nesse espaço formativo. Os autores indicam que as dificuldades relacionadas às condições econômicas de vida, como por exemplo a necessidade de conciliar trabalho e estudo e a escassez de políticas públicas de permanência na universidade, contribuem para o distanciamento dos estudantes, uma vez que estes precisam priorizar, muitas vezes, o trabalho.

Nesse aspecto, caímos em um questionamento: se os estudantes estão vindo das classes mais elitizadas, estariam as universidades buscando corresponder aos interesses da elite? O que

parece ocorrer, conforme Dantas et al. (2019), é que o ensino no Brasil passou a funcionar numa lógica meritocrática e de mercado, que contribuiu para a elitização do acesso, de modo que esse acesso se dá a partir da perspectiva exclusiva de esforço e mérito. Essa perspectiva, por sua vez, não afeta somente o acesso e a permanência como indicamos acima, mas também como o ensino é ofertado nas instituições.

A formação em Psicologia se insere nesse mesmo processo. De acordo com a autora Jacó-Vilela (2024), as teorias que compõem a formação são advindas do exterior, mais especificamente da Europa e EUA, centradas na racionalidade científica e pautadas sob forte influência do capitalismo, fatores que impactam diretamente os conteúdos curriculares ofertados e a lógica que permeia a formação psi. O que se percebe, é que nos últimos anos houve um aumento exponencial de oferta de formação em psicologia, e nesse aspecto, Dantas et al. (2019) discutem que no final do século XX, a formação passou a ser ofertada principalmente em instituições privadas. Em relação aos números, Yamamoto et al. (2011) destaca que em 2006, existiam em média 350 cursos de Psicologia no Brasil. Quase 20 anos depois, em 2023, existiam 925 cursos ativos em instituições públicas e privadas (Bado et al., 2025), representando um aumento de 164,3% nos últimos anos.

Um dado que pode corroborar com o que estamos apontando acima pode ser localizado via plataforma e-Mec⁴. Realizamos uma busca rápida no site em janeiro de 2026 e identificamos que atualmente existem 1.332 cursos de psicologia autorizados no Brasil, número que comporta universidades públicas e privadas, centros universitários e faculdades. Desse número, ainda de acordo com a busca na plataforma, 102 cursos são de instituições públicas, contra 1.230 cursos que são oferecidos em instituições privadas, o que demonstra mais uma vez a identidade mercadológica que se tornou a formação em psicologia - e não só ela, mas as formações, de modo geral, se tornaram um mercado.

⁴ <https://emec.mec.gov.br/emec/nova>

E é nessa lógica que queremos aprofundar nossa discussão: a mercantilização do ensino transforma estudantes em consumidores, já que o mercado das graduações é bastante lucrativo e promissor. Isso culmina numa formação cada vez mais precarizada, acrítica e desprovida de aprofundamento na realidade vivenciada, pois esta se volta à reprodução de conhecimentos alinhados aos interesses do sistema capitalista (Dantas et al., 2019). Nesse contexto, o aumento desenfreado da oferta de cursos tende a ocorrer em detrimento da qualidade da formação, impactando diretamente na conduta ética e política dos futuros profissionais ou profissionais já formados, pois aquilo que é ensinado aparenta se afastar cada vez mais da realidade profissional e das demandas reais da sociedade (Lisboa & Barbosa, 2009).

Essa mercantilização e o foco em saberes alinhados à ordem capitalista, no entanto, não são exclusivos da contemporaneidade. Segundo Peretta et al. (2015), a formação em psicologia é impactada pelas alterações que ocorrem nos currículos, que são impactados pelas mudanças sociais. Conforme as mudanças vão ocorrendo na relação que a sociedade estabelece com a psicologia, são criados contextos de atuação e outras maneiras de ensinar psicologia, à medida que novas técnicas - e novos diagnósticos vão surgindo. A partir da regulamentação da profissão no Brasil, que ocorreu em 1962, a década seguinte foi marcada por um “boom” de cursos de graduação, de modo que a década de 70 ficou registrada pelo número elevado de profissionais sendo formados com o objetivo de lidar com os problemas e demandas da sociedade. Mas, de qual sociedade estamos falando? E de quais demandas?

De acordo com (Mello, 1980 citado em Peretta et al., 2015) desde o início da formação em psicologia ela já se voltava para construir profissionais clínicos e liberais, e as disciplinas privilegiadas nas formações eram nas áreas de psicodiagnóstico, avaliação psicológica e psicoterapias no contexto clínico. O que o autor aponta, é que a profissão era conhecida e criava força a partir da prática do consultório, limitando o acesso à uma pequena parcela da população: a população elitizada. O foco dado à formação psi. demonstra o quanto a profissão esteve

arraigada à uma cientificidade, com o objetivo de tratar e adequar o sujeito ao contexto social, trazer resultados e demonstrar sua eficácia através de explicações que, na maior parte das vezes, não condiziam (e o que parece, é que ainda não condizem) com os problemas enfrentados pela maior parte da população, isso porque a psicologia sequer chegava nessa população.

Ou seja, trouxemos esses pontos para ilustrar que a psicologia segue ruminando conteúdos que já são conhecidos historicamente e segue dando o enfoque de sua formação em um viés que está consolidado desde a sua constituição enquanto profissão. Algo mudou na psicologia? Pois o que parece, é que, ainda que tenha havido na década de 1980 um movimento para a socialização da psicologia para classes populares, essa faceta da profissão aparenta ser uma parcela mínima do que se apregoa nesta classe profissional.

De acordo com estudo realizado por Rudá et al. (2019), em que analisaram a estrutura formativa de cinco universidades públicas do país, percebe-se que o ensino em psicologia realiza o processo de ensino-aprendizagem, que se orienta com o objetivo único de formar um profissional para a atuação técnica no mercado de trabalho. O que os autores discutem é que não só a Psicologia, mas o Direito, a Medicina, Engenharias, entre outras formações, estão calcadas em uma premissa de “treinamento para carreiras profissionais, concedendo pouco valor à formação geral cidadã” (Rudá et al., 2019, p. 434).

O impasse trazido aqui refere-se ao próprio modelo de formação na psicologia. Assim, caímos na chamada “formação generalista”, mas como generalizar uma formação que é feita de tantas especificidades, contradições e impactos? Porque sabemos que não dá para aprofundar em tudo, mas o que parece é que a formação generalista tenta dar conta de toda uma realidade pautada numa hegemonia, sem se implicar com as questões latentes na sociedade. De acordo com Santana et al. (2022), que realizaram uma pesquisa a respeito da concepção generalista da formação, pontuaram que os profissionais responderam que, apesar da formação generalista, percebem uma lacuna nesse processo, pois notam que existe um distanciamento do

que é ensinado em sala de aula e do que é vivenciado na realidade profissional, fazendo com que se sintam despreparados para atuar no mercado de trabalho.

Corroborando com esse achado, Rudá et al. (2019) discutem que se a formação está pautada em avanços científicos e tecnológicos, ela aparenta estar repetindo modelos conservadores da sociedade, bem como a reprodução social das elites. De acordo com os autores, ao longo das últimas quatro décadas, o currículo mínimo operou como um instrumento a serviço da engrenagem capitalista. Embora esse currículo tenha sido substituído posteriormente por um referencial normativo que incorpora determinados avanços, tal mudança não foi suficiente para romper com a reprodução social, uma vez que não enfrentou a orientação “profissionalista” (p. 436) do ensino superior, herança de uma matriz formativa estrangeira.

Peretta et al. (2015) nos trazem que em 1990 ocorreu a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, exigindo que ocorressem transformações profundas em relação ao modo como se organizava o ensino superior no país. Essa publicação desembocou em um amplo processo de discussão sobre como deveria ocorrer a formação em psicologia, culminando na criação da primeira Diretriz Curricular Nacional (DCN) para cursos de psicologia, em 2004.

Entretanto, a discussão realizada por Rudá et al. (2019) é que mesmo que as DCNs tenham sido importantes para abrir caminhos para o alcance de uma expansão epistêmica da psicologia, do ponto de vista da configuração acadêmica, elas não representam avanço, pois mesmo sendo construídas sob a retórica progressista, existe um descompasso entre as demandas sociais e aquilo que é ensinado, pois o discurso segue pautado em uma perspectiva generalizante e limitada da sociedade e das possibilidades de atuação do profissional psi. A questão é que a sociedade vem se modificando e se atualizando juntamente com seus mecanismos de controle, entretanto, a formação não acompanha essas mudanças, pelo contrário - auxilia no processo de perpetuação desses mecanismos de ordem. O que parece ocorrer, de

acordo com os estudos já supracitados, é que ainda existe muito espaço para a perenização dos saberes hegemônicos, mas não existe espaço para a construção de um novo modelo de formação profissional.

Em se tratando das DCNs, em 23 de outubro de 2023, foi publicado pelo Ministério da Educação (MEC), as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia atualizadas. Nesse documento são definidos princípios e valores importantes para nossa discussão. Dentre eles, destaca-se o compromisso com a construção de uma sociedade democrática, visando a promoção da cidadania, dignidade humana e qualidade de vida. E ainda, que a formação deve garantir ao estudante o reconhecimento da importância das políticas públicas, promoção dos direitos sociais e respeito à diversidade.

E é nessa direção que gostaríamos de abrir a discussão a respeito da formação em psicologia no contexto específico do tema álcool e outras drogas. Embora as DCNs reafirmem o compromisso com a construção de uma sociedade democrática, visando promoção de cidadania, direitos sociais e respeito à diversidade, faz-se necessário questionar de que maneira tais princípios têm sido efetivamente incorporados nos processos formativos. No que tange o cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas - tema historicamente atravessado por práticas moralizantes, proibicionistas e manicomial -, essa reflexão torna-se ainda mais urgente, uma vez que, conforme discutimos, há um distanciamento entre aquilo que ocorre na realidade e o que se concretiza na formação.

Antes de avançarmos para a relação da psicologia com o tema álcool e drogas, também é fundamental pontuar alguns pressupostos do Código de Ética profissional, em que se explicita alguns deveres da prática psicológica e principalmente o lugar político que a psicologia ocupa em nossa sociedade, para além da tecnicidade. Resumindo os três, entende-se que a psicologia deve estar pautada na “promoção da liberdade, igualdade e integridade do ser humano, apoiando-se na Declaração Universal de Direitos Humanos”. O segundo ponto destaca a

“promoção da saúde, qualidade de vida individual e coletiva, visando eliminar quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. Por fim, o terceiro ponto e talvez o de maior foco nessa discussão, reitera a “responsabilidade social do psicólogo, buscando analisar crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural” (CFP, 2020, p. 7).

Borges et al. (2021) destacam que o posicionamento expresso no Código de Ética é fundamental para orientar a construção e implementação de políticas e práticas no campo que articula saúde e o uso de álcool e outras drogas. Conforme discutido anteriormente, esse campo é atravessado por diversas violações de direitos e práticas violentas, diante das quais não cabe à psicologia a conivência, mas sim o enfrentamento crítico e ético, por meio da denúncia de sua ilegitimidade e inconsistência teórica (Borges et al., 2021). O estudo realizado pelos autores, que teve como objetivo analisar a formação em psicologia e a relação com a psicologia comunitária e o ensino em álcool e outras drogas, demonstrou a baixa presença da temática álcool e drogas nos projetos pedagógicos, apontando para a predominância de uma formação centrada na clínica tradicional, que acaba por reproduzir um modelo ainda não superado, tanto pela psicologia quanto por demais áreas da saúde.

Outro ponto que podemos dialogar diz respeito da formação em RD, a partir de um estudo realizado por Dias et al. (2018), em que os autores avaliaram a experiência de um Grupo de Trabalho sobre RD. Mesmo que não se trate, especificamente, do contexto acadêmico, consideramos importante reiterar os resultados desta pesquisa, pois ela demonstra a resistência dos profissionais em discutir a temática, uma vez que as discussões sobre RD se organizaram em eixos mais direcionados, priorizando fundamentos conceituais e possibilidades de aplicação prática.

Com isso, o tema em si e suas implicações políticas para o campo psi. e das políticas públicas deixaram de ocupar o centro do debate, cedendo espaço para reflexões voltadas à

instrumentalização para a prática. Percebeu-se então, que os participantes tiveram dificuldade de “materializar o discurso e a lógica da redução de danos (RD) em suas práticas cotidianas destituídas de modelos prontos e de instrumentos fixos” (Dias et al., 2018, p. 361). Desse modo, os autores apontam que tal dificuldade evidencia a escassez, ou mesmo a inexistência, de debates dessa natureza nos espaços de formação acadêmica, visto que os participantes demonstraram resistência em se aprofundar na discussão da temática.

Nesse ínterim, não só a RD, mas o tema álcool e outras drogas de modo geral, podem ser considerados como temas tabus por alguns usuários, profissionais e familiares. De modo geral, essa percepção pode ser associada tanto à ausência ou fragilidade de espaços que possibilitem a abordagem adequada do tema, quanto à persistência de preconceitos que dificultam a sua tratativa, pois parece não haver espaço para essa discussão na formação dos profissionais de saúde, uma vez que essa formação está diretamente atravessada por paradigmas hegemônicos do que é saúde, do que é cuidar e de como executar esse cuidado (Dias et al., 2018).

A ausência do tema AD e da RD não se dão somente na formação, mas na prática dos profissionais no mercado de trabalho. Para isso, resgatamos as referências do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), em que temos inúmeros materiais que abordam o tema em questão. Elas pressupõem uma série de características indispensáveis para atuação do profissional psi. no contexto AD, e mesmo assim, os estudos não as mencionam, e em relação às práticas dos profissionais, elas não parecem ser consideradas.

Assim, trazemos as Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas. As Referências pressupõem uma prática comprometida com a defesa dos direitos humanos, com o cuidado em liberdade e com a superação de abordagens manicomiais e proibicionistas. Entre as características centrais apontadas pelo

documento, destacam-se a compreensão do uso de drogas como questão multifatorial, o reconhecimento dos impactos dos determinantes sociais que atravessam o uso, a valorização da RD como estratégia ética, atuação em rede, entre outras. No entanto, apesar da existência desses referenciais, observa-se que tais orientações raramente são mencionadas ou incorporadas nos estudos sobre a prática profissional, tampouco aparecem de forma consistente nas intervenções realizadas nos serviços.

No entanto, os estudos realizados por Zgiet (2013), Calassa et al. (2015), Lima et al. (2018) e Santos et al. (2022) evidenciam que esse distanciamento entre os marcos técnicos e a prática concreta não ocorre de forma isolada, mas se insere em um conjunto mais amplo de fragilidades que atravessam o campo do saber-fazer em saúde mental, álcool e outras drogas. Entre os principais achados, destacam-se o déficit na formação profissional, que impacta diretamente na atuação dos profissionais dentro dos serviços de saúde mental (Lima et al., 2018; Santos et al., 2022), a contribuição que o aparato e ambientes manicomial possuem na produção do sofrimento mental dos trabalhadores (Zgiet, 2013), dificuldade ou pouca apropriação da ética da RD, por escassez de formação na área (Calassa et al., 2015, entre tantos outras fragilidades localizadas na rede e que, como vimos, não impacta somente o usuário do serviço, mas toda a cadeia que envolve o processo do cuidar, incluindo os profissionais.

Essas fragilidades, ao se articularem, comprometem a efetivação das diretrizes propostas pelas Referências Técnicas do CREPOP e contribuem para a reprodução de práticas desalinhadas com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial. Trata-se, portanto, de um cenário que não impacta exclusivamente os usuários dos serviços, mas toda a cadeia do cuidado, incluindo os próprios profissionais, que passam a atuar em contextos marcados por sobrecarga, sofrimento ético-político e limitações institucionais que dificultam a construção de práticas éticas, críticas e emancipatórias no campo de álcool e outras drogas.

Ou seja, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), junto das Referências Técnicas e Código de Ética, até dispõem de materiais que podem direcionar e colocar luz em uma atuação profissional mais humanizada, emancipatória e sob uma perspectiva de garantia de direitos humanos a partir da RD. O que ocorre é que esses instrumentos não parecem ser considerados nem na formação, nem mesmo na prática, conforme vimos nos estudos mencionados acima. E cada vez mais, a profissão de psicólogo no Brasil e sua atuação no contexto de uso de drogas segue estereotipada, estigmatizada, e, principalmente, atrelada a uma concepção de busca pela abstinência como sinônimo de saúde.

Desse modo, percebemos que os profissionais permanecem resistentes à possibilidade de se atuar com base na RD, realizando um distanciamento da atenção psicossocial, que, como pontua Reis e Ferrazza (2022), perpetua práticas não democráticas, que são diretamente atravessadas pelo paradigma psiquiátrico, da proibição das drogas e vão em desacordo com os princípios éticos do código profissional.

Dito isso, abre-se os seguintes questionamentos: estaríamos nós, sendo formados a partir dos princípios fundamentais da Psicologia? E mais: como tem ocorrido a formação dos profissionais no quesito redução de danos, saúde mental, álcool e outras drogas?

CAPÍTULO 2

(DES) ENCONTROS ENTRE PSICOLOGIA E REDUÇÃO DE DANOS:

UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

A partir da realidade histórica que constitui o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas percebemos que o Brasil tem vivido um retrocesso no que diz respeito ao cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, que se apresenta nas políticas públicas e na atuação profissional. Dessa forma, neste capítulo de revisão bibliográfica, objetiva-se, de modo geral, analisar por meio da literatura acadêmica, como a Psicologia tem se apropriado da RD no Brasil. Como objetivos específicos da revisão de literatura, temos: (1) compreender quais são as concepções de RD dos profissionais psi e das produções acadêmicas sobre suas práxis; (2) identificar os contextos em que ela é utilizada pela psicologia; (3) apreender as formas de intervenção ou práxis localizadas na literatura; (4) identificar os limites e potencialidades da relação entre psicologia e RD.

Para alcançar os objetivos supracitados, realizamos uma Revisão Narrativa de Literatura, que, segundo Rother (2007), caracteriza-se por trabalhos amplos, que possuem como o objetivo central realizar um apanhado e uma discussão a respeito de como a literatura acadêmica vem discutindo determinado tema. Apesar de ter alguma sistematicidade, de modo que os trabalhos coletados e analisados representam, em certa medida, a literatura sobre o objeto, o percurso de busca dos artigos possui maior flexibilidade, o que considerando o objeto aqui abarcado e seu caráter político, foi concebido como pertinente, já possibilitaria também mais abrangência e abertura para a apreensão de suas múltiplas determinações e mediações.

O processo de busca bibliográfica foi realizado em janeiro de 2025 nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Portal CAPES, Literatura Latino-Americana e

do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Periódicos de Psicologia (PePsic). As bases de dados foram escolhidas por contemplarem os principais periódicos que versam sobre a temática deste estudo, especialmente a Psicologia. A busca foi realizada por meio dos seguintes descritores e operadores booleanos: “redução de danos OR redução do dano AND psicologia”, sem especificação de temporalidade ou idioma. O descritor “redução do dano” foi escolhido após pesquisa no dicionário de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Como critérios de inclusão dos artigos para a revisão, consideramos: a) artigos completos; b) empíricos; c) com acesso gratuito; d) que tratassem da realidade brasileira; e) que contemplassem a relação da Psicologia com a RD; f) que tivessem em suas amostras a participação de psicólogos. Foram excluídos: a) artigos teóricos, de revisão de literatura, teses, dissertações e livros; b) artigos que não abarcavam ou não deixaram explícito em suas amostras a participação de psicólogos; c) artigos que traziam somente a visão do usuário sobre a RD; d) artigos que contemplavam somente eficácia de tratamento à luz da RD; e) artigos que contemplassem a realidade estrangeira. Optamos por não estabelecer nenhum recorte temporal específico para a busca dos artigos, pois visamos abarcar o maior número de trabalhos possíveis.

Nesse sentido, a partir da busca inicial nas bases de dados, 1.659 artigos foram localizados, conforme segue: BVS (n = 1.480), Portal CAPES (n = 112), LILACS (n = 56) e PePsic (n = 10). Após a leitura dos títulos, resumos e palavras-chave, identificamos 24 estudos, de modo a ser realizada uma leitura flutuante, buscando pelos dados que correspondiam aos nossos objetivos geral e específicos. Feita essa leitura, 10 artigos foram selecionados para compor a amostra desta revisão, pois estes contemplam o que foi objetivado por nós. Os artigos foram extraídos das seguintes bases de dados: Portal CAPES (n = 6), LILACS (n = 2), PePsic (n = 1) e BVS (n = 1).

Os dados foram analisados conforme os objetivos supracitados, a partir da Análise de Conteúdo temática (Gomes, 2008), com extração de eixos temáticos e categorias a partir do contato com o material. O processo se deu da seguinte forma: (a) pré-análise, com leitura flutuante; (b) fase exploratória, com definição das unidades de análise (que foram os temas, entendidos como sentidos expressos no conteúdo dos trabalhos); e (c) a interpretação dos resultados, expandindo e significando a síntese elaborada pela categorização. Todo este processo se fundamentou em referenciais teórico-práticos e ético-políticos convergentes com os princípios e horizontes da RP e da RD, numa perspectiva antiproibicionista e antimanicomial. Realizada a leitura inicial das publicações coletadas, determinamos como primeiro eixo de esquematização dos dados, a caracterização dos artigos. Posteriormente, os conteúdos dos trabalhos foram organizados nos seguintes eixos: (a) concepções sobre RD; (b) contextos e práticas da RD; e (c) limites e potencialidades da relação entre psicologia e RD.

Tabela 1

Processo de seleção dos artigos

Plataforma	Quantidade geral	Artigos selecionados a partir do título e resumo	Artigos selecionados a partir da aplicação dos critérios
BVS	1.480	5	1
Portal CAPES	112	17	6
LILACS	56	9	2
PePsic	10	5	1

Fonte: elaboração própria

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.1.1. Caracterização dos artigos

Neste eixo, visamos analisar algumas das informações gerais das produções, como: o estado de realização das pesquisas; o método utilizado pelos autores; o contexto de atuação profissional; e o período de publicação dos artigos.

A Tabela 2 traz a caracterização dos artigos analisados.

Tabela 2

Relação dos artigos selecionados para a Revisão de Literatura

Autoria	Título	Estado de realização da pesquisa	Método	Contexto da atuação profissional	De quem parte o relato
Calassa et al. (2015)	Redução de Danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS ad II do Distrito Federal	DF	Entrevista	CAPS ad II	4 psicólogos, médicos psiquiatras, assistentes sociais, técnicos de enfermagem
Silveira & D'Tólis (2016)	Impactos da ação de agentes redutores de danos segundo profissionais da rede SUS	MG	Entrevista	Rede SUS	3 psicólogos
Carvalho & Dimenstein (2017)	Análise do Discurso sobre a Redução de Danos num CAPS ad III e em uma Comunidade Terapêutica	RN	Entrevista	CAPS ad III / Comunidade Terapêutica	2 psicólogos, pedagogo, enfermeiro, educador físico, nutricionista, assistente social, clínico geral, farmacêutico, redutor de danos, técnicos de enfermagem
Zotesso et al. (2019)	Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas: práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde	MG	Entrevista	CAPS ad	4 psicólogos, enfermeiro, assistentes sociais, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional

Lima et al. (2019)	Saúde mental e Redução de Danos na atenção primária: concepções e ações	CE	Entrevista	NASF	3 psicólogos, educador físico, farmacêutico, nutricionista, assistentes sociais, fisioterapeutas
Rocha & Oliveira (2020)	Psicologia na rua: delineando novas identidades a partir do trabalho com a população em situação de rua	CE	Entrevistas individuais e coletivas	APS, projeto “Corre pra Vida” / projeto de assistência à saúde das PSRs de forma itinerante / Consultório na Rua	4 psicólogos
Pinheiro & Branco (2020)	Elaboração de Protocolo de Atendimento Psicológico no Hospital Geral: Usuários de Álcool	BA	Entrevista	Hospital Geral	4 psicólogos
Pires & Ximenes (2021)	Sentidos atribuídos por profissionais de Psicologia sobre a Redução de Danos	CE	Entrevista individual de profundidade	CAPS ad / Comunidade Terapêutica	3 psicólogos
Reis & Ferrazza (2022)	Redução de Danos em um CAPSad: Discursos e Práticas Profissionais	PR	Entrevista	CAPS ad II	2 psicólogos, enfermeira, terapeuta ocupacional, assistente social
Almeida et al. (2022)	Inserção das Estratégias Cognitivo-Comportamentais nos CAPS Álcool e Drogas	RJ e MG	Entrevista	CAPS ad	16 psicólogos

Fonte: elaboração própria

Num período que vai de 2015 a 2022, foram publicados dois artigos em 2019, dois em 2020 e dois em 2022. Nos demais anos, localizamos somente um artigo, não sendo identificadas publicações no ano de 2018. Por mais que a amostra com 10 artigos restrinja algumas possibilidades de generalização dos achados, pode-se conjecturar quanto a um movimento, em certa medida recente, no qual a RD comparece à produção acadêmica que versa sobre a psicologia ou vem ganhando maior relevância nela, algo que vai ao encontro da própria

incorporação da RD pelas políticas do campo da saúde, por mais que este processo se dê não sem suas contradições, também sendo perpassado por retrocessos.

Sobre os locais onde as pesquisas foram realizadas, identificamos 4 artigos na região Nordeste (Ceará e Bahia), 3 artigos na região Sudeste (Minas Gerais e Rio de Janeiro), sendo que um deles foi realizado nos dois Estados citados, um artigo na região Centro-Oeste (Distrito Federal) e um artigo na região Sul (Paraná). Nos chamou a atenção o fato de que o maior número de trabalhos ($n = 4$) foi realizado no contexto nordestino, sendo o Ceará o Estado com o maior número identificado ($n = 3$).

Por mais que a amostra não seja representativa da realidade, e nem se pretende isso, julgamos esse dado importante, pois a cena da RD no Nordeste se difere do que encontramos no restante do país. Isso porque o primeiro Programa de Redução de Danos (PRD) foi implementado no ano de 1995, em Salvador - Bahia, através do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), da Universidade Federal da Bahia (UFBA). O programa foi fundamental para o fortalecimento da RD no país, visto que foi instituído praticamente seis anos depois dos imbrólios legais sofridos pela RD quando chegou ao Brasil, sobretudo por ser considerada uma estratégia de apologia às drogas (Petuco, 2020). O programa foi fundamental na concepção da RD, pois este não propunha somente a troca de seringas, prática clássica da RD, mas também a construção de ações de prevenção, informações sobre uso de drogas e sobre IST's (Santos & Miranda, 2016).

Todas as pesquisas tiveram abordagem qualitativa, com utilização de entrevistas. Reconhecemos ser válido indicar, que cinco publicações (50%) deixam claro qual o posicionamento dos psicólogos diante da RD (Silveira & D'Tólis, 2016; Rocha & Oliveira, 2020; Pinheiro & Branco, 2020; Pires & Ximenes, 2021; Almeida et al., 2022). Os demais artigos analisados, apesar de não elucidarem especificamente a posição dos profissionais de psicologia, os abarcam junto a outras categorias profissionais (Calassa et al., 2015; Carvalho

& Dimenstein, 2017; Zotesso et al., 2019; Lima et al., 2019; Reis & Ferrazza, 2022). Dessa forma, por mais que não se tenha as posições específicas dos psicólogos sobre a RD, pode se inferir que elas estão presentes em meio às dos profissionais, com as devidas ponderações quanto a isso.

2.1.2. Concepções sobre Redução de Danos

Adentrando no conteúdo dos artigos, especificamente no que se relaciona às concepções atribuídas pelos profissionais abordados, visualizamos que existem concepções heterogêneas relativas à RD. Nesse sentido, Matos (2023) estabeleceu em sua tese quatro categorias de compreensão da RD, são elas: RD voltada para abstinência; RD instrumental-pragmática; RD ligada à cidadania; RD como ética de cuidado. Nesta revisão, conseguimos localizar e corroborar com estas mesmas categorias, especialmente quando atreladas à busca pela abstinência, compreensão da RD enquanto conjunto de instrumentos técnicos e a RD relacionada ao exercício e alcance da cidadania.

Iniciamos trazendo Carvalho e Dimenstein (2017) e Pires e Ximenes (2021), que realizaram uma pesquisa com psicólogos do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) e de CTs. Carvalho e Dimenstein (2017) não deixam claro o posicionamento dos psicólogos, apenas citam que eles também participaram da pesquisa. Ainda assim, pudemos observar concepções semelhantes em ambos os estudos, existindo uma dificuldade na apropriação conceitual da RD pelos psicólogos dos dois contextos. Os autores apontam para uma concepção que associa a prática da RD somente à diminuição obrigatória do consumo de drogas, visando o alcance da abstinência. É o que se expressa através do relato de um dos profissionais entrevistados no CAPSad, conforme segue:

Olha, é difícil? É! Mas vocês não se preocupem que, não têm cobrança (falando de como orienta os usuários). [...] Quando você quiser, a gente tá aqui pra ajudar. Então

eles ficam [...] Só que aí depois a gente começa, tem que reduzir. Não é dizer que vem, que vai reduzir e ficar com o mesmo tanto de carteira [de cigarro] não. Tem que reduzir, né? Você tem o compromisso comigo de que vai reduzir. Se você não quer reduzir, sai do grupo e deixa pra voltar quando você tiver a fim de reduzir. Não de parar, é de reduzir (Pires & Ximenes, 2021, p. 4).

Uma contradição se abre com essa fala. Ainda que a profissional relate não se utilizar de estratégias que cobram do usuário a minimização do uso de drogas, após o ingresso do indivíduo no grupo, observa-se que ele deve assumir, necessariamente, o compromisso de diminuir seu consumo, sob pena de não poder mais ser acompanhado no serviço. De fato, a diminuição do consumo de drogas pode ser considerada uma estratégia de RD, a depender da realidade e do projeto terapêutico traçado entre equipe, indivíduo e família.

Entretanto, essa não pode ser a única via de cuidado oferecido pelo serviço, muito menos com o caráter de obrigatoriedade que visualizamos no relato acima, mesmo porque, a obrigatoriedade e a utilização de estratégias consideradas de alta exigência podem afastar o indivíduo do serviço de saúde. Corroborando com Marchetti et al. (2024), caracteriza-se como estratégia de alta exigência aquela que condiciona o sujeito à supressão total do uso de drogas para receber quaisquer tipos de cuidados. Nesse sentido, os autores indicam que uma das críticas mais predominantes envolvendo os profissionais de saúde é justamente a utilização dessas estratégias, que acabam por se tornarem um obstáculo para o acesso e principalmente para a permanência nos serviços de saúde por aqueles que buscam atendimento.

Ao propor uma categoria de análise denominada de “RD voltada para abstinência”, Matos (2023) nos explica que, ainda que a RD tenha surgido historicamente como uma estratégia contrária à ideologia proibicionista, ela acaba, paralelamente, se expressando por meio desta mesma lógica. Para a autora, ainda que a RD constitua um importante instrumento na desconstrução e possível superação dos estigmas e estereótipos produzidos pela proibição

das drogas, ela não se encontra dissociada do MPC, pois existe dentro dele. Não se pode, portanto, tomar a RD como progressista ou antiproibicionista por si mesma, pois lidamos cotidianamente com a contradição de uma RD que se volta para uma prática conservadora.

Sendo operacionalizada no sistema capitalista, tende a reproduzir e perpetuar aspectos da proibição, como observamos nas práticas dos profissionais analisados acima. Assim, nos artigos constituintes desta revisão, concordamos com Matos (2023) quando pontua que a RD, ao ser incorporada pelas políticas públicas, passou a coexistir em uma dualidade. De um lado, tornou-se diretriz norteadora, por outro, sua aplicação por parte dos profissionais segue orientada pelo paradigma proibicionista, que entende a abstinência como meta final e coloca a RD como um meio para alcançá-la.

Diante disso, pontua-se que de acordo com a PAIUAD, a ética que deve reger o cuidado no campo álcool e drogas é a RD. A Política não realiza menção em nenhum momento a respeito da diminuição do uso de drogas, e sim, de estratégias que visem a diminuição das vulnerabilidades dos indivíduos, e o CAPSad, com sua característica de ser aberto e comunitário, devem utilizar-se de práticas de menor exigência, justamente por contemplarem uma maior parcela da população (Ministério da Saúde, 2004).

No entanto, observamos uma diferenciação entre os psicólogos do CAPSad e os da CT. Enquanto os trabalhadores do CAPSad acatam a RD a partir de uma ideia focada na abstinência ao visar somente a minimização do uso, os profissionais da CT nem chegam a enxergá-la como possibilidade, por uma limitação que pode estar atrelada à própria instituição em que atuam. É necessário dizer que compreendemos que CTs não são espaços adequados para o atendimento de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, pois estes espaços, que nada tem de terapêuticos, utilizam de um “tripé terapêutico” baseado na disciplina, trabalho e religiosidade, que vai na contramão do que é proposto pela RD e pela própria Lei 10.216/2001, produzindo uma série de violações de direitos humanos, como é apresentado no Relatório da Inspeção

Nacional em Comunidades Terapêuticas (CFP, MNPCT, MPF, 2018), dentre inúmeras outras produções. A contradição desse tripé de “cuidado” e RD transparece no posicionamento dos profissionais entrevistados em CTs, pois estes compreendem que a utilização da RD pode fornecer riscos aos usuários do serviço, atuando na “manutenção da dependência química” (Carvalho & Dimenstein, 2017, p. 654).

Ao lidar com a RD como se fosse um fator de risco, nos deparamos com uma compreensão limitada dela, o que pode apresentar uma perspectiva enviesada que mantém o indivíduo em um único caminho possível, que é a limitação do uso de drogas com o objetivo final de abstinência. Em suma, é a abstinência que ainda é tomada como desfecho ideal e necessário para todos os casos, o que evoca uma compreensão das drogas e da relação indivíduo-drogas como algo necessariamente prejudicial.

Para os entrevistados que trabalhavam em CT, os indivíduos não possuem repertórios de habilidades sociais, e a utilização da RD pode expô-lo a situações de risco, pois o não interrompimento do uso pode inseri-los em atividades ilegais para a obtenção da substância (Pires & Ximenes, 2021). Essa posição faz sentido quando remontamos a ideia construída socialmente a respeito do uso de drogas, que enxerga o sujeito como incapaz de lidar e se dar conta da relação estabelecida com as drogas, uma vez que, de acordo com Passos e Souza (2011), este indivíduo é tido pela medicina como doente, pelo campo psi e demais campos do saber-fazer como desviante, pela religião como pecador, e pelas esferas jurídicas como criminoso/perigoso. Entretanto, as Referências Técnicas para atuação do psicólogo no contexto álcool e drogas nos traz a importância da participação do indivíduo nas decisões sobre o tratamento, bem como a importância de que o cuidado seja realizado em liberdade, com respeito à liberdade individual e fortalecimento dos direitos humanos (CFP, 2019).

É fundamental evidenciar que a ausência da RD nas CTs não se trata simplesmente de uma lacuna formativa entre os profissionais. Até porque, como é apresentado no estudo de

Carvalho e Dimenstein (2017), há escassez de profissionais de saúde ou quaisquer outras áreas atuando nesse contexto. Na pesquisa realizada, a amostra foi composta por apenas cinco trabalhadores: o presidente, o “padrinho” (segundo na hierarquia institucional) e três coordenadores que ainda eram internos, mas estavam no último mês de internação na comunidade, os quais compunham a totalidade da equipe atuante, e que é irrisória perto das equipes encontradas no serviço do CAPSad, por exemplo. De modo semelhante, embora Carvalho e Dimenstein (2017) e Pires e Ximenes (2021) relatem a presença de psicólogos entre os entrevistados, visualizamos concepções muito semelhantes entre ambos os posicionamentos. Ou seja, não depende somente da presença de profissionais da saúde no contexto das CTs para que seja garantida a implementação da RD.

Dessa forma, nos deparamos com um entrave estrutural e ideológico que constitui essas instituições e que inviabiliza a incorporação da RD enquanto práxis. As CTs operam a partir de uma lógica de controle dos corpos e das identidades, sustentada por valores moralizantes, que reforça a noção de que o sujeito não tem controle sobre suas escolhas e deve ser tutelado, como o próprio discurso dos profissionais evidencia. Essa lógica é incompatível com a perspectiva da RD, que segue no caminho oposto, reconhecendo a autonomia, a singularidade e os direitos das pessoas que usam drogas. Assim, não é só a ausência de profissionais capacitados que impede a efetivação da RD nesse contexto, mas a própria natureza das CTs: o que representam, o que significam e o modo como funcionam, que acabam sendo o obstáculo para a admissão da RD enquanto possibilidade.

Em Calassa et al. (2015), localizamos dados que entram em consonância com o que foi observado por Carvalho e Dimenstein (2017) e Pires e Ximenes (2021), em relação à tecnicidade e à perspectiva de abstinência. Porém, visualizamos nos relatos, resistência ao falar sobre o tema da RD, mesmo esta sendo constitutiva de políticas públicas, fundamentando-as, orientando-as. É o que fica elucidado através da fala: “Esse tema é muito polêmico, acho que

não vou querer falar disso não. Já teve muitas discussões a respeito disso de Redução de Danos” (Calassa et al., 2015, p. 182). A reticência em tratar dessa temática e a descrença em sua efetividade podem impossibilitar uma práxis de RD, bem como podem denotar preocupações genuínas, e com vários exemplos na história, perpassadas por incompreensões, posturas mal-intencionadas, perseguições, quando não à criminalização da RD.

Ademais, identifica-se a percepção de que a RD não seria aplicável à maioria dos casos acompanhados no contexto do CAPSad, atrelada à crença de que o uso de drogas é incompatível com saúde e felicidade, conforme segue: “... acho que são poucos os pacientes que conseguem usar e ter uma vida produtiva e feliz e isso talvez seja ainda um pouco idealizado, pelo menos os nossos pacientes” (Calassa et al., 2015, p. 182). Tal entendimento nos revela a força hegemônica que considera as drogas como lócus da questão, frequentemente desconsiderando os fatores biopsicossociais incluídos nesta questão. Em suma, coloca-se o indivíduo, como um ser social e que se faz nas/pelas relações, em parênteses, objetificando-o e se voltando para as drogas como sujeito. Entretanto, defendemos aqui que a RD não deve ser pensada como uma técnica pontual, a ser acionada em casos específicos, mas como uma práxis, que é orientada por uma ética profissional comprometida com a defesa dos Direitos Humanos e com o fortalecimento da autonomia dos indivíduos. Interpretações que restringem a aplicabilidade da RD se configuram como equívocos, pois ignoram especialmente o caráter ético-político desta estratégia.

Concomitante a isso, observa-se que os trabalhadores questionam as estratégias, especialmente quando se trata da substituição de uma substância por outra, uma prática clássica da RD. Assim, nos deparamos com um imbróglio: os profissionais, entre eles os psicólogos, conhecem a RD, mas não conseguem ultrapassar a visão restrita dela, pois não existe crença em sua efetividade (Calassa et al., 2015). Mas, cabe questionar: de qual efetividade estamos falando? Ora, existe tratamento ou processo de cuidado para a droga? Ou estes se voltam para

os indivíduos que podem ter algum problema e necessidade assistencial associados a um consumo abusivo de drogas, mas não se resumem a isto e à substância? Logo, o processo assistencial não se volta para o fortalecimento de uma produção de vida menos alienada, mais humanizada, podendo se expressar inclusive numa relação mais humanizada com as drogas? Assim, o que pode ser discutido é a existência de um conflito entre as duas formas de encarar o tema das drogas: por um lado, a abstinência, que anda de mãos dadas com o proibicionismo e o conservadorismo; e, por outro, o respeito à dignidade humana, aos direitos humanos, por meio de estratégias democráticas a partir da RD.

Tem-se uma continuidade, mesmo que se possa alterar algumas das formas da tutela do sujeito pelos profissionais e serviços de saúde. Nesse caminho, Lima et al. (2019) dialogam a respeito da concepção dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) em relação ao uso e abuso de drogas, e apresentam que os entrevistados, por não estarem capacitados para lidar com a temática, acabam adotando uma postura patologizante do uso, e 85% dos entrevistados acreditam que qualquer uso pode levar a um quadro de dependência. Esse viés patologizante do uso de drogas culmina em um afastamento dos servidores das práticas de RD, acarretando práticas não-democráticas de cuidado. Essa afirmação se confirma quando as propostas de cuidado no âmbito do Nasf seguem sendo pensadas com base na abstinência das drogas, tendo nas CTs a crença de resolubilidade da questão (Lima et al., 2019).

Apesar de observarmos essas diferentes concepções sobre a RD, Reis e Ferrazza (2022), nos apresenta outro olhar, sobretudo a respeito da mudança de paradigma que se faz necessária para a atuação com indivíduos que fazem uso problemático ou abusivo de álcool e outras drogas e carecem de algum tipo de assistência. Apesar de não ser o nosso objetivo específico, um ponto que consideramos relevante de destacar na pesquisa, é a compreensão compartilhada pelos profissionais a respeito da RP, que culminou no fechamento de milhares de leitos psiquiátricos em manicômios no Brasil, bem como no desenvolvimento de uma rede

substitutiva aos manicômios, no intuito de transformar a própria forma como compreendemos a saúde mental e lidamos com ela. Consideramos trazer esse dado, pois não existe possibilidade de discutir redução de danos de maneira aprofundada sem discutir o processo de Reforma, que, embora tenha seu principal instrumento legal no ano de 2001, segue acontecendo diariamente, carecendo necessariamente da participação da psicologia na Luta Antimanicomial (LA) e no fortalecimento de serviços substitutivos. Conforme mencionado pelo psicólogo coordenador do serviço:

“Eu acho que é uma mudança de paradigma muito profunda, é outra compreensão, outra forma de ver, ... não é porque tem CAPS que tem reforma psiquiátrica! É preciso mudar todo o processo, toda compreensão que nós temos que ter sobre saúde mental. É um movimento de luta em aberto, um campo de disputa, de tensionamento...” (Reis & Ferrazza, 2022, p. 6).

Em contraponto às perspectivas sobre RD nos artigos anteriores, Reis e Ferrazza (2022) apresentaram que os profissionais expuseram que a RD é mais do que distribuição de insumos e interrupção do uso, pois visa o respeito aos desejos, limitações, realidade, e especialmente as escolhas individuais de cada pessoa e a garantia de direitos. Entende-se que não existe um protocolo para o acompanhamento de pessoas que fazem uso de drogas, e é justamente isso que a RD proporciona: a construção de novos caminhos e novos olhares sobre as pessoas que usam drogas. Ao se aproximar do sujeito a partir de sua singularidade, aproxima-se também de estratégias que fazem maior sentido para aquela trajetória, pelo fato de ela estar sendo construída junto de quem viveu essa trajetória - e é a trajetória (Gomes & Vecchia, 2018).

Uma visão bastante presente no senso comum é de que a RD é contrária à abstinência e faz apologia às drogas, sendo esse segundo inclusive justificativa para a criminalização da primeira experiência de RD do país (Petuco, 2020). Entretanto, os profissionais entrevistados trazem uma perspectiva de que a RD não é contrária à abstinência, e que na verdade, não se

deve colocá-la como ponto de partida em um tratamento, como podemos ver: “O CAPSad não é contra a abstinência, só que em hipótese alguma ela é pressuposto ou ponto de partida” (Reis & Ferrazza, 2022, p. 13). Assim, esse posicionamento corrobora com a PAIUAD, em que a abstinência não pode ser tida como única possibilidade de intervenção dentro de um processo de cuidado de indivíduos que fazem uso de SPAs, pois é fundamental considerar as diferentes escolhas dos sujeitos na relação que estes estabelecem com as drogas (Ministério da Saúde, 2003).

Ademais, abstinência é um desfecho e uma forma de (não) se relacionar com as drogas, enquanto a RD não versa sobre drogas, mas sobre produção de vida - e nela, sobre como podemos ou não nos relacionar com as drogas nos marcos de uma produção de vida mais humanizada. Nisso, a RD fundamentará práxis ou ela própria será uma práxis orientada a outro projeto ético-político de produção de vida e, nele, de relação com as drogas. Logo, qualquer concepção que busca antagonizar abstinência com RD, como se fossem opostos, está descaracterizando a segunda.

De acordo com Matos (2023), as políticas sobre drogas no Brasil se relacionam aos projetos societários burgueses, e por conta disso, funcionam como parte da engrenagem na manutenção da ordem social que garante a reprodução dos interesses e objetivos dessa classe. A autora propõe uma reflexão a respeito das possibilidades em conceber um projeto ético-político para a RD que esteja atrelado a um projeto emancipatório, ou seja, compreendendo-a como mediação para a superação das relações de dominação estabelecidas na sociedade em que vivemos. Ao falarmos sobre a construção de um projeto ético-político emancipatório para a RD, remontamos ao que foi proposto pela autora, que faz uma discussão a respeito dos diferentes projetos que compõem a RD e que se vinculam a projetos societários distintos.

Matos (2023) coloca que reconhecer a RD como uma mediação tática para a emancipação significa compreender que ela não se define a partir de uma oposição com o

paradigma proibicionista, mas a partir de uma esfera de cuidado que vise a emancipação humana, que “diz respeito aos seres humanos poderem tomar as rédeas da produção de sua existência e de suas relações em suas próprias mãos [...]” (p. 166). Nesse aspecto, defende-se uma RD vinculada à um projeto que seja “de caráter radicalmente crítico como base para o desenvolvimento do campo e articulado a um projeto de emancipação humana presente nas lutas da classe trabalhadora e setores oprimidos, o que implica o horizonte de ruptura e superação do MPC” (p. 169).

Por conseguinte, Silveira e D’Tôlis (2016) nos apresentam que a presença de agentes redutores de danos no contexto de saúde possibilitou também uma abertura nas possibilidades de quais temas seriam trabalhados junto dos usuários dos serviços. Saindo do foco de falar somente da droga, eles adentram outras temáticas, como as ISTs e acesso a outros tipos de assistência; temáticas estas que dizem das múltiplas facetas, dimensões e esferas dos indivíduos e suas produções de vida. Essa percepção abre caminhos para outros olhares, não só em relação às drogas, mas em relação ao indivíduo, suas potencialidades e necessidades. Nesse sentido, entendemos que a presença de redutores de danos no contexto de saúde, na visão dos psicólogos, proporciona a abertura para uma nova forma de cuidado no campo de álcool e outras drogas e uma mudança na lógica tradicional de tratamento (Silveira & D’Tôlis, 2016). A atuação e presença dos redutores de danos é enxergada como transformadora, tanto para a prática profissional dos entrevistados, quanto para a vida dos indivíduos que utilizam os serviços.

No entanto, questionamos se a RD é propriedade privada ou monopólio dos redutores de danos. Trata-se, na verdade, de uma indagação retórica, já que a argumentação feita até aqui já responde que “não”. Com isso, não estamos nos posicionando contra a existência de redutores de danos; pelo contrário. Apenas problematizamos como a existência e presença de tais atores pode contribuir para uma compreensão de que a RD é algo somente “deles” e não

uma práxis que deve ser efetivada por todos as categorias profissionais no campo da saúde mental, álcool e outras drogas - e para além dele, já que ele também não detém o monopólio sobre a assistência a pessoas que consomem drogas de maneira abusiva ou problemática, considerando a complexidade de suas necessidades, que podem e devem ser abarcadas por inúmeros serviços e políticas sociais. Essa possibilidade não é um problema dos redutores de danos, nem deve dirimir sua relevância. Ela diz muito mais sobre as contradições e limitações de apreensões e abordagens parciais, fragmentadas e que tendem a tomar as partes como se fossem um todo e, pior, de maneira privativa.

2.1.3. Contextos e práticas da Redução de Danos

A literatura mostra que a RD não se restringe a um único ponto da rede, atravessando diferentes cenários de cuidado, assim, percebemos que há uma maioria de trabalhos realizados no contexto do SUS, com exceção de dois artigos que também pesquisaram a realidade vivenciada em CTs (Carvalho & Dimenstein, 2017; Pires & Ximenes, 2021). Dessa forma, dos dez artigos analisados nesta revisão, seis deles foram realizados em CAPSad tipos II e III (Calassa et al., 2015; Carvalho & Dimenstein, 2017; Zotesso et al., 2019; Pires & Ximenes, 2021; Reis & Ferrazza, 2022; Almeida, et al., 2022), local onde a RD aparece como princípio fundamental de atuação, embora apresente algumas contradições.

É o que observamos a partir das ações desenvolvidas no contexto em questão, como, por exemplo: se alimentar e se hidratar antes de ingerir bebidas alcoólicas (Calassa et al., 2015), diminuição do consumo de drogas (Carvalho & Dimenstein, 2017), orientações sobre direitos ou questões relativas ao uso do álcool (Zotesso et al., 2019), grupos de autoajuda (Lima et al., 2019), substituição de uma substância por outra menos danosa (Reis & Ferrazza, 2022), grupo terapêutico intitulado “Redução de Danos e Prevenção de Recaídas” (Almeida et al., 2022, p. 7). Nesse caso em específico, todos os entrevistados relataram utilizar da RD para guiarem

suas práticas, em contrapartida, o próprio nome utilizado para denominar o grupo nos indica que é uma prática orientada por um saber que vai na contramão do projeto ético-político da RD, ao indicar uma relação de fracasso com a recaída.

De acordo com Rameh-de-Albuquerque (2017), a lógica da “recaída” tem origem no modelo médico de tratamento. Esse termo é compreendido como um retorno ao estado de doença após um período de remissão, isto é, de abstinência (que carrega o ideal de cura). Socialmente, essa concepção associa a “recaída” ao fracasso do tratamento e transfere para o indivíduo a responsabilidade por esse “fracasso”, individualizando a questão e desconsiderando o papel das políticas proibicionistas que limitam as possibilidades de cuidado. Tal perspectiva contraria o modelo de acompanhamento proposto pelos CAPSad, que buscam construir o cuidado de forma particular, a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada pessoa.

Para a referida autora, a insistência no conceito de “recaída” é como um processo de reforçamento da lógica proibicionista que coloca a abstinência como única via de intervenção, o que, ideologicamente falando, vai contra os princípios propostos pela RD. Por conta disso, visualizar um grupo de acolhimento dentro de um CAPSad, pautado na “prevenção de recaídas” (Almeida et al., 2022, p. 7), nos coloca numa perspectiva de que mais uma vez a RD esteja sendo utilizada como instrumento de fortalecimento e perpetuação da lógica da proibição, o que por si só acaba afastando o indivíduo não só do serviço de saúde, mas também de quaisquer possibilidades de criar outras formas de existir, apesar do uso.

Por conta desses motivos, Rameh-de-Albuquerque (2017) defende a necessidade de superarmos o conceito de “recaída”, substituindo-o por uma visão que reconheça os movimentos singulares e não lineares das pessoas, propondo uma compreensão baseada na ideia de recursividade. A recursividade, por sua vez, é entendida como o movimento dinâmico que compõem o percurso das pessoas que fazem uso de drogas. Com isso, a autora visa romper com a noção de fracasso associada à “recaída”, propondo um olhar compreensivo às pessoas

que usam drogas, sobretudo reconhecendo os caminhos não lineares trilhados por essas pessoas a partir de suas próprias vivências. Essa é a proposta também compartilhada pela RD, em sua gênese.

A presença dos CAPSad como cenário predominante pode denotar que a RD tem sido hegemonicamente estudada e aplicada dentro da saúde mental e nos serviços especializados, o que pode gerar a ideia de que a RD faz parte exclusivamente da atuação nos CAPSad. Essa centralidade pode culminar em um confinamento da RD nos serviços de saúde mental, e, neles, nos serviços “sobre” álcool e outras drogas, quando ela deveria comparecer de maneira transversal em outros contextos, como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), políticas públicas de educação, dentre outras políticas setoriais.

O não comparecimento dessas políticas nos estudos localizados pode ser explicada pela metodologia de busca utilizada nesta revisão, não cabendo generalização quanto à sua ausência. Mas, consideramos fundamental pontuar que a RD não deve ser limitada a um conjunto de técnicas e procedimentos somente, muito restritas aos serviços e contextos das políticas de saúde (e mais especificamente álcool e outras drogas), pois entendemos que práxis pela RD não escolhe com quem ou em qual serviço atuar a partir da dela, devendo permear e constituir práxis profissionais múltiplas orientadas a outro projeto ético-político quanto à relação indivíduo-drogas e a sociabilidade na qual esta relação se produz (Costa, 2020).

Localizamos um artigo realizado no cenário de Atenção Primária à Saúde (APS) (Lima et al., 2019). Por mais que este nível de atenção componha a RAPS, a presença da RD no contexto de atenção primária nos indica que essa lógica de cuidado não se restringe somente aos serviços especializados de saúde mental, álcool e outras drogas. Pelo contrário, a APS pode ser considerada um terreno fértil para utilização da RD, que acaba por se configurar como um instrumento importante de vinculação e aproximação dos indivíduos ao serviço de saúde e a

práticas mais humanizadas de cuidado, considerando que a APS pode ser a porta de entrada no sistema de saúde, da mesma forma que é o nível de atenção com maiores possibilidades de atuação territorial-comunitária. Entretanto, observa-se limitações relacionadas às barreiras morais presentes na prática, que impedem o desenvolvimento de ações pautadas na RD, porém, compreendemos que o fortalecimento da RD nesse contexto contribuiria para ampliar o cuidado em nível territorial.

Nesse aspecto, um dos artigos (Silveira & D'Tôlis, 2016) realizou o estudo em oito serviços do SUS, mas não indicaram quais foram os serviços pesquisados. Apesar disso, conseguimos observar que, ao desenvolverem estratégias de intervenção com base no que foi proposto pelos agentes redutores de danos, puderam experienciar uma mudança de perspectiva quanto às suas atuações no campo, que se direcionam a mudança de visão a respeito das drogas, de seus usuários e de seus papéis enquanto profissionais de saúde.

O Hospital Geral também comparece como contexto de utilização da RD (Pinheiro & Branco, 2020). Foi construído um protocolo psicológico baseado nos princípios da RD, para atuação com pacientes internados por uso abusivo de álcool. O protocolo foi elaborado visando a minimização dos danos sociais, psicológicos e físicos dos indivíduos, pensando no fortalecimento de vínculos familiares, ampliação da consciência individual sobre quais são os prejuízos causados pelo uso e construção de repertórios para lidar com o uso/abstinência.

Em relação à atuação com pessoas em situação de rua (PSRs), um artigo foi localizado (Rocha & Oliveira, 2020). Nele, foram entrevistados profissionais atuantes de quatro serviços diferentes. Em primeiro lugar, o projeto “Corre pra Vida”, que tem como objetivo central reduzir os danos do uso de drogas entre PSRs, promovendo acesso às políticas de saúde. Em sequência, menciona-se o Consultório de Rua, um serviço do SUS voltado para articulação do cuidado em cenas de uso. A Residência Multiprofissional em Saúde Mental também compareceu, onde a atuação da psicóloga entrevistada voltava-se para assistência à saúde de

forma itinerante no centro de Fortaleza. E por fim, a atuação com PSRs através do Nasf, que a partir da Portaria GM/MS nº 643/2023 se tornou Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti). No que se refere às práticas realizadas, pudemos identificar a presença de experiências de distribuição de insumos, adoção de uma postura diferente para aproximação e vinculação com os indivíduos, utilização da arte para acessar a singularidade, busca ativa nas cenas de uso, acolhimento em crise e rodas de conversa para debater sobre a RD.

Todas essas ações, apesar de a maioria não carregar especificamente o nome da RD, se configuram como práticas orientadas por tal perspectiva ou mesmo práxis de RD. Isso porque um dos entrevistados pontua que a construção de uma relação de confiança é fundamental para o alcance das pessoas, e nesse caso, os profissionais precisam fazer um esforço para se desvincularem do serviço que trabalham, se apresentando como indivíduos e não representantes de alguma instituição (Rocha & Oliveira, 2020). Isso, por si só, já é uma prática de RD, pois compreende que nenhuma teoria ou técnica deve ser colocada à frente da relação estabelecida de pessoa para pessoa. Da mesma forma, tal pontuação traz consigo algo de inatingível, que é a dificuldade ou impossibilidade de se desvincular da instituição, sendo que os profissionais são atores institucionais. Fica o questionamento e as contradições que o constituem quanto a como mediar essa necessidade de desvinculação, mas que não será possível integralmente? Essa pergunta é fundamental e, por mais que não tenhamos uma resposta para ela, defendemos que ela seja feita, com os exercícios de resposta orientando a práxis (como movimento), e também dizendo das singularidades e particularidades dos indivíduos, locais de trabalho, contextos etc.

Por fim, dois estudos também realizaram suas buscas em CTs (Carvalho & Dimenstein, 2017; Pires & Ximenes, 2021). Nesse contexto de atuação profissional, foi possível observar que existe uma tensão dos trabalhadores em atuar a partir da RD, especialmente por conta da lógica de (suposto) cuidado presente nas CTs. É o que se evidencia com o relato: “Redução de

danos, aí eu vou falar especificamente nessa Comunidade, eles não aceitam em hipótese alguma. Para eles, é interrupção total. Nenhum tipo de substância pode utilizar.” (Pires & Ximenes, 2021, p. 5). Nesse sentido, não se trata de um paradoxo, já que as CTs se ancoram em um modelo que nega a RD. Sendo assim, não é um erro, um desvio ou anomalia, mas o normal das CTs e seu caráter asilar-manicomial, reiterando uma vez mais a sua condição de instituição de violência (Costa, 2025).

Diante dos artigos analisados, visualizamos que a RD se faz presente majoritariamente nos serviços de saúde, especialmente os especializados da RAPS, como é o caso do CAPSad. No entanto, consideramos importante pontuar que a RD não deve ser monopólio da RAPS ou do SUS, devendo fazer parte de uma práxis profissional, e não de um serviço específico. Da mesma forma, entendemos que a RD não pode ser reduzida a técnicas específicas, mas compreendida como práxis ético-política. Ao mesmo tempo, nota-se contradições e resistências em relação à adoção da RD, especialmente relacionado à centralidade de modelos abstencionistas ou às barreiras morais e institucionais que limitam sua aplicação, como é o caso encontrado nas CTs.

2.1.4. Limites e potencialidades da relação entre psicologia e Redução de Danos

No que se refere às limitações identificadas em relação à atuação com base na RD, ou à RD como práxis, evidencia-se a escassez de qualificação adequada para atuação no campo de álcool e outras drogas. As pesquisas destacam que a formação em Psicologia e em outras áreas da saúde não contemplam a RD, e, em detrimento disso, acabam privilegiando uma perspectiva hegemonicamente biomédica e abstencionista, que gera tanto uma fragilidade nas ações de RD, quanto o fortalecimento de um ideal padronizado dos profissionais, que permanecem enxergando o indivíduo com as limitações impostas pelo próprio saber hegemônico (Zotesso et al., 2019; Lima et al., 2019; Rocha & Oliveira, 2020;).

Rocha e Oliveira (2020) apresentaram que muitas das vezes que o psicólogo é inserido em um contexto diferente do da clínica, se depara com uma “crise na identidade profissional” (p. 13). Essa crise decorre da percepção que os profissionais adquirem sobre não estarem aptos para atuarem em determinados serviços, sobretudo com a população em situação de rua. É o que se evidencia através do seguinte relato:

Primeiro o setting, um grande desafio, é aberto... sujeito a ruídos, interrupções, intervenções de todas as naturezas, e a primeira coisa que causa estranhamento no psicólogo, que lugar vou atender aquela pessoa? Qual é o lugar? E aí eu ficava, “é gente, dentro desse modelo que aprendemos na graduação realmente nós não vamos fazer” (Rocha & Oliveira, 2020, p. 13).

Esse modelo corrobora o que foi argumentado por Rodrigues e Zaniani (2017), que demonstraram que a formação em Psicologia é orientada a partir de um modelo clínico privado, que se cristalizou como modelo padrão nos cursos de graduação. Essa centralização do ensino no contexto clínico acaba por contribuir com a construção de uma limitação na atuação profissional, considerando que muitos dos profissionais que chegam na rede de saúde associam sua atuação à um caráter biologicista, reproduzindo concepções reducionistas sobre o consumo de drogas. Esse viés conduz a uma prática que não contempla a realidade do sujeito e não abarca em sua magnitude os desdobramentos psicossociais presentes no uso de drogas, pois, no contexto de pessoas em situação de rua, por exemplo, faz-se necessário uma atuação ampliada.

Os dados entram em consonância com o que foi apresentado por Silveira e D’Tôlis (2016) através do relato de uma profissional da Enfermagem. Apesar de não ser o objetivo desta revisão, consideramos importante trazer o olhar dessa profissional, considerando que a formação hegemônica no campo álcool e drogas não se faz presente somente na Psicologia, mas também em outras formações da área da saúde: “... eu que sou enfermeira, quando estudei

lá na faculdade sobre drogas aprendi que não pode!! É proibido, não se deve usar de jeito nenhum. Então isso é o que a gente aprende sobre drogas, né? (...)" (p. 84).

O trecho denota o quanto a formação voltada para o campo não aparenta se comprometer com a defesa dos direitos humanos ou com o ensino do que é proposto pelas políticas públicas voltadas para o cuidado em álcool e outras drogas. Na verdade, o que podemos perceber, é que na Psicologia recebe-se um ensino voltado para a padronização clínica da atuação, e na saúde de modo geral, visualizamos um ensino de conteúdos que fortalecem a lógica proibicionista, pois na graduação, são ensinados a agir somente a partir de práticas repressivas, ou seja, a abstinência.

O que se observa, portanto, é que a formação, por ser escassa no campo da redução de danos, álcool e outras drogas, coloca no profissional a responsabilidade de superar os modelos aprendidos na faculdade, e, por conta própria, precisa buscar por formação adequada fora do serviço que atua. É o que demonstra o estudo de Almeida et al. (2022), em que a maioria dos entrevistados relata ter recebido capacitação, no entanto, somente 23% receberam por iniciativa do próprio serviço que atuam, ou seja, os outros entrevistados buscaram a capacitação por conta própria. Esse dado corrobora com o que foi colocado por Reis e Ferrazza (2022), em que trabalhadores do serviço relatam a necessidade de atuar sem terem recebido qualquer tipo de capacitação, e aquilo que sabem, foi construído através da própria prática.

Em contrapartida, o que aparenta através de Zotesso et al. (2019), é que a relação estabelecida entre outros trabalhadores da instituição e os usuários do serviço pode ser um potencializador para o aprendizado de outras formas de atuação, conforme aponta um profissional entrevistado: "... é um desafio, a gente aprende todos os dias e ao mesmo tempo a gente troca experiências entre os profissionais que trabalham, escuta, e o próprio usuário ensina muito." (p. 13). Para além disso, a presença da RD na atuação dos entrevistados proporciona a construção de vínculos de confiança, flexibilidade e maior adesão do indivíduo ao

acompanhamento (Pires & Ximenes, 2021), ampliação da escuta e aproximação da realidade das populações em situação de vulnerabilidade social (Rocha & Oliveira, 2020).

Costa e Paiva (2016), ao realizarem uma revisão de literatura com o objetivo de verificar as concepções que permeiam os profissionais da saúde a respeito do uso de drogas, concluíram que coexistem diversas visões, sobretudo esclarecendo que muitas delas são atravessadas por “valores societários” (p. 1.026), ou seja, estão presentes valores morais compartilhados pela sociedade, antes mesmo de se pensar em uma formação profissional. Pensando na superação e reversão deste cenário, os autores defendem que a formação pode ser um dos principais instrumentos, no entanto, apresentam que a forma de atuação localizada nos artigos e as visões que permeiam essas atuações vão além da ausência de formação específica nessa temática.

Por esse motivo, Costa e Paiva (2016) discutem que não devemos pensar somente na presença desse tema dentro da graduação ou cursos específicos como se isso por si só fosse capaz de resolver e suprir a lacuna encontrada. Não é suficiente defendermos a presença desse tema, devemos questionar as metodologias utilizadas e principalmente os pressupostos que permeiam essa dita “formação”. Cabe a indagação: de que maneira estamos formando esses profissionais? Pois, o que parece, é que os cursos de graduação também estão a serviço do fortalecimento das visões errôneas sobre o campo álcool e outras drogas. Sim, é preciso que esses conteúdos estejam presentes nos currículos formativos, mas antes disso, é necessário pensarmos em - como - se dá essa presença. Pois não basta a presença, precisamos interrogar a realidade que vivemos, a formação que temos e qual caminho estamos traçando com os estudos em álcool e outras drogas.

Segundo Albuquerque e Giffin (2008), a educação passou por um processo de mercantilização, e esse processo se configura como um dos aspectos mais perversos da contemporaneidade, pois coloca o contexto econômico acima da dimensão humana. Portanto, quando falamos de uma formação que seja crítica e emancipatória, estamos falando de um

processo que reconheça a centralidade do ser humano para além do fortalecimento do capital e das estruturas e relações alienantes, exploratórios e opressivas, constituindo-se efetivamente em um espaço crítico, e não apenas de preparação da força de trabalho.

Por conta disso, é indispensável refletir sobre as escolhas conceituais e referenciais que estruturam os currículos, mas possuir em mente que essas escolhas teóricas não são neutras ou definidas por acaso, elas possuem um direcionamento e motivos muito claros, que se referem ao fortalecimento dos modos de produção capitalistas (Albuquerque & Giffin, 2008). Entendemos que a formação adequada pode ser um caminho viável e deve ser fortalecida, mas é fundamental sua problematização. Isso porque, conforme direciona as autoras, estando a educação inserida no sistema capitalista, ela também está a serviço da manutenção desse sistema. É por isso que precisamos refletir sobre uma “formação de profissionais de saúde capazes de sonhar e de contribuir para construção de um outro mundo possível” (p. 237).

Por fim, mencionamos a própria dificuldade que é sustentar um diálogo com a RD na psicologia ou fundamentar nela a práxis psi, considerando a própria hegemonia proibicionista. Fundamentar-se na RD, adotá-la, defendê-la por si só já é um desafio; não por conta da RD, mas pelo fato de que ela se edifica em contraposição à hegemonia de nossa sociedade. Essa ponderação é fundamental, para que não incorramos em culpabilizações individuais ou façamos críticas indevidas a psicólogas(os), deixando de lado importantes mediações, e sobrepesando no profissional, sendo que suas condições concretas de trabalho conformam inúmeros obstáculos.

2.2. Considerações finais da revisão

Esta revisão narrativa de literatura teve como objetivo central compreender como, a partir da produção acadêmica, a Psicologia vem se apropriando da RD no Brasil, buscando identificar as concepções dos profissionais, contextos de aplicação, práticas, limites e

potencialidades. Ponderamos que uma revisão não consegue captar integralmente o que acontece concretamente na prática - e nem se propõe a isso -, já que ela abarca tal realidade pela mediação, pelo filtro da literatura acadêmica existente. Ou seja, nem tudo que se faz em termo de práxis psi na/pela/com RD é captado pelos estudos e por revisões da literatura como esta. Apesar disso, este movimento é importante por possibilitar uma primeira aproximação com tal realidade, podendo ser complementado e aprimorado por subsequentes e sucessivas aproximações.

Após análise dos estudos, evidenciou-se que a relação estabelecida entre RD e Psicologia é marcada por uma dualidade. De um lado, ela é concebida a partir de um conjunto de técnicas, utilizadas para alcance ou manutenção da abstinência. Por outro, alguns relatos aparentam carregar perspectivas mais próximas daquilo que é proposto pela RD como práxis, circunscrita e constituinte de outro projeto ético-político de relação com as drogas e de sociedade, indo além da tecnicidade. Nossa intenção não é minimizar a potência da dimensão instrumental da RD, pois esta também é fundamental para a construção de estratégias práticas de cuidado. Entretanto, a crítica aqui proposta relaciona-se à não limitação da RD como simples conjunto de estratégias ou ações pontuais. Isso porque é necessário concebê-la como um projeto ético-político, que se orienta não somente pela mitigação dos danos físicos, mas pela construção de condições que possibilitem a superação de múltiplas formas de sofrimento e exclusão.

Em se tratando dos contextos de atuação, ficou evidente uma centralidade das práticas no contexto do SUS, mais especificamente da RAPS, sendo o foco principal o serviço de atenção especializada, como o CAPSad. Apesar dos diferentes cenários no contexto de saúde, compreendemos que a RD não deve ser exclusivamente utilizada na saúde, carecendo de buscas também no contexto do SUAS e demais políticas públicas.

Quanto aos limites apontados pelos artigos, destacamos a insuficiência da formação acadêmica, pois observamos que esta é marcada por uma perspectiva clínica, que cristaliza o profissional em uma única forma de atuação. Essa lacuna formativa aparenta impactar diretamente as práticas em diferentes contextos, de modo a reproduzirem visões estereotipadas sobre as drogas e os usuários. Essa visão deturpada sobre as drogas também se configura como um desafio de implementação da RD, pois impede que o profissional atue de maneira humanizada. Em contrapartida, observamos que a participação de agentes redutores de danos se apresenta como uma potencialidade no serviço, e que de maneira muito resistente, alguns profissionais articulam entre si e encontram na relação com seus pares e com os usuários, a possibilidade de aprender outras maneiras de atuar.

Assim, compreendemos que para que a RD seja consolidada como ética basal nas práxis da Psicologia brasileira, dependemos do fortalecimento de uma formação acadêmica verdadeiramente crítica, que seja capaz de colocar o paradigma proibicionista em questionamento, e não como foco do ensino. É importante que a academia, sobretudo a formação psi, se comprometa a ensinar práticas coerentes com a RP, possibilitando uma abertura à outras compreensões do que é o cuidado e de como cuidar.

CAPÍTULO 3

O DITO, O NÃO DITO E O SILENCIADO: ANÁLISE DOCUMENTAL DA FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

No presente capítulo, adentramos na pesquisa empírica da presente dissertação. Com ela, não só damos andamento às reflexões dos capítulos anteriores, como buscamos aprofundar algumas delas, bem como avançar nos objetivos supracitados por meio de uma pesquisa empírica, documental. Para isso, apresentamos o método utilizado, resultados e discussão dos dados desta pesquisa. O capítulo está estruturado da seguinte forma: o primeiro ponto, sobre o percurso metodológico, trata primeiramente de uma breve explanação de como se dá a oferta de cursos de Psicologia no Distrito Federal, de modo a contextualizar a realidade que conforma nosso objeto de estudo, do passo a passo para a coleta dos documentos analisados e por fim, dos procedimentos adotados para a análise de dados. Na sequência, explicitou-se os resultados, após leitura minuciosa dos documentos, seguido da discussão dos dados que foram alocados em uma única sessão, para fins didáticos.

3. MÉTODO DA PESQUISA EMPÍRICA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem qualitativa. De acordo com Oliveira (2007, p. 69), a pesquisa documental se caracteriza pela “busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico”. Dessa forma, o corpus da presente pesquisa é composto pelos projetos pedagógicos de curso (PPCs) de Psicologia do DF.

No que se refere à pesquisa documental, Sá-Silva et al. (2009) apresentam duas vantagens principais para sua utilização em pesquisas científicas. A primeira diz respeito à riqueza de informações que podem ser extraídas dos documentos, uma vez que, por meio deles,

é possível ampliar a compreensão de informações que demandam contextualização histórica, social e cultural. Nesse sentido, os autores recorrem à concepção de Cellard (2008), segundo a qual:

[...] o documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente (Cellard, 2008, p. 295 citado em Sá-Silva et al., 2009, p. 2).

A partir dessa perspectiva, a pesquisa documental caracteriza-se pela análise de materiais e documentos que não passaram por tratamento científico prévio, ou seja, que não foram submetidos a filtros ou análises anteriores. Trata-se de uma abordagem que se fundamenta no uso de documentos originais, também denominados de fontes primárias, cabendo ao pesquisador a responsabilidade pela análise e interpretação do material em questão (Sá-Silva et al., 2009).

A segunda justificativa apresentada pelos autores refere-se à possibilidade de a pesquisa documental “acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social” (Sá-Silva et al., 2009, p. 2). Nesse sentido, Kripka et al. (2015) destacam que esse tipo de pesquisa se propõe a produzir novos conhecimentos, desenvolver novas formas de compreender os fenômenos e tornar visíveis os modos pelos quais esses processos têm sido historicamente construídos. Assim, a pesquisa documental mostra-se especialmente pertinente quando se busca aprofundar um campo de estudo, compreendendo determinadas questões a partir da perspectiva expressa nos documentos, partindo do pressuposto de que algo está sendo comunicado por meio deles e que é sobre esse conteúdo que o pesquisador deve aprofundar sua análise.

Ainda segundo Kripka et al. (2015), a pesquisa documental envolve um processo intenso de imersão do pesquisador nos materiais, uma vez que os dados a serem analisados emergem diretamente dos documentos. O objetivo central consiste em apreender o fenômeno que se expressa para além do que está posto no documento. No contexto da presente pesquisa, optou-se pela utilização da pesquisa documental com o intuito de compreender o que se expressa nos PPCs da formação em Psicologia acerca da temática de redução de danos, álcool e outras drogas. Parte-se do entendimento que os conteúdos presentes nesses documentos revelam aspectos da relação historicamente construída entre sociedade, Psicologia e a questão das drogas, por conta disso, nos voltamos a compreender os conteúdos abarcados nos PPCs.

No entanto, a pesquisa documental também enfrenta suas limitações, sobretudo no que se refere ao “não dito”, ou seja, ao que não está aparente nos documentos, por mais que esteja contido nele, se manifeste ou seja (re)produzido neles/por eles, tomando-os produções histórico-sociais. Em diálogo com o marxismo, temos ciência de que os documentos não se produzem num vazio sócio-histórico, muito menos se resumem ao que nele está contido. Resumidamente, não são apenas um conjunto de ideias documentadas, de maneira ensimesmadas. Com essa ponderação, buscamos evidenciar que, a despeito de nos debruçarmos nos documentos e seus conteúdos, é necessário ir além da aparência fenomênica, avançando em direção ao seu conteúdo, de modo a captar o máximo possível das múltiplas determinações que fazem do real, concreto, como apreendeu e explicitou Marx (2008).

Não temos a pretensão de exaurir este movimento no presente trabalho, sabendo que se trata de um exercício permanente, de contínuas e sucessivas aproximações. Dessa forma, devem ser considerados os capítulos anteriores, com contextualizações históricas sobre o campo da saúde mental, álcool e outras drogas, suas hegemonias e contra-hegemonias, a RD e a psicologia, bem como a contextualização fornecida a seguir sobre o cenário formativo em psicologia do DF nos auxilia a nos aproximar do propósito analítico. Além disso, o próprio

diálogo com a literatura, com o acúmulo histórico que se tem sobre o objeto, dadas as limitações que temos de acessá-lo, também contribui para esta análise que parta dos documentos, mas que aprofunde a compreensão de seus sentidos, o que eles significam em termos históricos e sociais, e o que dizem da própria realidade.

Ao todo, o DF conta atualmente com 16 instituições que possuem o curso de Psicologia em atividade. As instituições foram mapeadas pelo Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal (CRP 01/DF), sendo a lista fornecida à pesquisadora após contato com o Conselho, em maio de 2024. Com a lista em mãos, foi realizada a conferência de cursos de Psicologia ativos no DF, a partir da plataforma e-MEC, que possibilita acessar essas informações on-line e atualizadas.

As instituições que no período da pesquisa (2024) ofertavam os cursos de Psicologia no DF são: Universidade de Brasília (UnB), Universidade Católica de Brasília (UCB), Universidade Paulista (UNIP), Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), Centro Universitário do Distrito Federal (UDF), Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília (IESB), Centro Universitário Euroamericano (UNIEURO), Centro Universitário ICESP, Centro Universitário do Planalto Central (UNICEPLAC), Faculdade Anhanguera, Faculdade UniProjeção, Faculdade Cerrado (FACE), Faculdade Brasília (FBR), Faculdade Maurício de Nassau Brasília (UNINASSAU), Faculdade CCI e Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa (IDP – BSB).

Ou seja, temos apenas uma universidade pública entre as 16, o que corrobora o que as pesquisas sobre o desenvolvimento (e crescimento da profissão) já apreendem há tempos: como a formação em psicologia tem se dado predominantemente em instituições privadas (Bado, et al., 2025). Mesmo a ampliação do acesso ao ensino superior, em conjunto às políticas de ações afirmativas, não rompeu com essa hegemonia das instituições privadas. Pelo contrário, uma

das contradições deste processo é que ele se deu justamente por meio do fomento às instituições privadas.

Não estamos aqui querendo imputar a priori uma falta de qualidade às instituições privadas - e o inverso às públicas. Contudo, ter uma profissão do tamanho da psicologia, com sua formação majoritariamente em instituições privadas, deve nos alertar, até mesmo porque, independentemente da qualidade, estas se pautam por uma lógica de mercado, em vez de termos a predominância formação e da educação de modo geral como direitos⁵. Esse alerta se torna ainda mais relevante quando nos deparamos com o avanço do ensino remoto, principalmente em tais instituições, que tende a enfraquecer ainda mais aspectos fundamentais de uma formação em psicologia, muitos deles potencializados ou atrelados a partir da presencialidade. Assim, apesar de estarmos ainda na seção metodológica, consideramos importante negritar que isso também já é um achado - e que converge com a realidade nacional.

A primeira busca se deu através do acesso ao website de cada instituição, durante o período de agosto de 2024. A partir deste acesso, das 16 instituições listadas, foi possível encontrar disponíveis somente quatro documentos, sendo eles da UnB, UNICEUB, UCB e Faculdade CCI.

Após essa etapa, foi realizada uma segunda tentativa de obtenção dos documentos, partindo do contato direto com os/as coordenadores/as dos cursos de Psicologia ou contato via Secretaria Acadêmica, através de mensagens via WhatsApp, endereço de e-mail ou ligação telefônica. As instituições contatadas foram: UNIP, UDF, IESB, UNIEURO, ICESP, UNICEPLAC, Faculdade Anhanguera, UniProjeção, FACE, FBR, UNINASSAU e IDP.

⁵ Tomamos como exemplo o Enamed (Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica), cujos resultados, divulgados no início de 2026, demonstraram melhor desempenho de instituições de ensino superior públicas em comparação com as privadas. Para pior, apenas 57,2% dos estudantes de instituições privadas com fins lucrativos obtiveram resultado proficiente no curso de medicina. Fonte: <https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos/noticias/2026/janeiro/enamed-divulgadas-avaliacao-dos-cursos-de-medicina-e-medidas-de-supervisao>.

Das instituições listadas acima, três deram retorno da solicitação via plataformas digitais e enviaram o PPC, sendo elas: Faculdade Anhanguera, UniProjeção e FBR. A coordenação do IESB também retornou, informando que seria solicitada a autorização da Reitoria para o compartilhamento do documento, mas não recebemos nenhum retorno e por isso, foi desconsiderado do corpus do estudo.

Por fim, realizamos uma terceira tentativa de acesso aos PPCs, de modo que recorremos aos contatos da pesquisadora com docentes das instituições de ensino, que enviaram os referidos documentos. Nesse sentido, também foram incluídos na análise de dados a UNICEPLAC e UNINASSAU. Portanto, consideramos importante pontuar rapidamente que foram utilizadas três formas diferentes de acessar documentos públicos: (1) acesso ao website da instituição; (2) contato com a coordenação de curso e secretaria acadêmica; (3) contato direto com docentes das instituições.

Assim, finalizamos a coleta de dados com nove documentos, o que corresponde à 56,25%. As instituições participantes desse estudo foram: UnB, UCB, UNICEUB, Faculdade Anhanguera, Faculdade CCI, FBR, UNIPROJEÇÃO, UNINASSAU e UNICEPLAC.

Ao que tudo indica estas ausências e/ou lacunas de informações, que vão na contramão de algumas das normativas nacionais, não são caso isolado na psicologia. Citamos como exemplo o estudo nacional de Bado et al. (2025), que buscou mapear e analisar ofertas de disciplinas, orientações teóricas e conformidade institucional com as diretrizes curriculares da psicologia. Nele, os autores realizaram buscas referentes às 925 instituições de ensino superior no país disponíveis no site do Ministério da Educação (MEC). Contudo, 28,5% das instituições não forneceram nenhuma informação curricular e apenas 8,3% informaram as ementas completas. Este já é, portanto, um primeiro achado desta pesquisa, o qual retomamos posteriormente; e não qualquer achado.

Quanto à análise, num primeiro momento, foram identificados quais os cursos e as instituições que trabalham com a RD. Verificamos se existem disciplinas, estágios, projetos de extensão ou de pesquisa que abordam a RD. A partir disso, foi analisado os conceitos e sentidos da RD, como ela é abordada, apreendendo desafios e possibilidades quanto à presença da RD na formação de Psicologia.

Os dados foram analisados a partir da Análise de Conteúdo do tipo temática (Gomes, 2008). A análise aconteceu a partir de três passos, a saber: (1) pré-análise, composta por organização do material, seleção de pontos significativos a partir de leitura flutuante; (2) exploração do material, com categorização, que consiste na seleção e codificação dos temas de análise (que serão os seus sentido); e (3) interpretação dos resultados, em que houve o aprofundamento nos resultados, de modo a expandir os significados do que foi categorizado anteriormente, em diálogo com a fundamentação teórica e literatura na área.

O presente estudo ancora-se em um referencial teórico-metodológico fundamentado nos princípios da luta antimanicomial e do antiproibicionismo, traçando um diálogo com a tradição marxista. Essa escolha não se restringe a um posicionamento teórico, mas orienta o modo de abordarmos o objeto, a leitura da realidade e aquilo que se expressa a partir de documentos, pois estes não são neutros, mas sim, dizem de algo e de uma construção de saberes da nossa realidade no próprio sistema capitalista.

A perspectiva antimanicomial é compreendida, neste trabalho, como um movimento que questiona as formas de institucionalização da loucura e do uso de drogas, seus dispositivos de controle e exclusão, especialmente daqueles de classes consideradas inferiores. No mesmo caminho, trazemos o referencial antiproibicionista, que permite problematizar e questionar o paradigma da guerra às drogas, bem como este influencia as formas de cuidado, políticas públicas e a formação profissional voltada a esse tema. Além disso, a partir do referencial

antiproibicionista, também evidenciamos o encarceramento em massa e a patologização de populações específicas, visando discutir a sua função na manutenção de desigualdades sociais.

Amarrando antiproibicionismo com luta antimanicomial, trazemos o diálogo com a tradição marxista, que possibilita compreendermos as questões citadas acima como questões historicamente determinadas, estando inseridos nas contradições da nossa própria sociedade que foram fundadas pelo sistema econômico que vivemos, o sistema capitalista. Dessa forma, partimos da compreensão de que as políticas sobre drogas, práticas manicomiais e discursos hegemônicos sobre saúde mental não partem de uma neutralidade, mas cumprem funções sociais que estão articuladas com a perpetuação e fortalecimento do controle e disciplina dos indivíduos. Ademais, a análise pautada no marxismo permite aprofundarmos a relação existente entre indivíduo e sociedade sem incorrer em dicotomias ou determinismos.

3.1. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes mesmo de adentrar nos achados decorrentes da análise do material, apresento alguns aspectos gerais, bem como fazemos questão de negritar algo já indicado na seção metodológica, mas que se trata de um resultado: a falta ou insuficiência de informações que deveriam ser de amplo e irrestrito acesso. De acordo com os dados fornecidos pelo Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal e confirmados após consulta na plataforma e-MEC, atualmente existem 16 instituições de ensino superior que oferecem o curso. Das 16 instituições, nove (56,25%) forneceram o PPC e sete (43,75%) não forneceram ou não foi possível localizar os documentos. Dessas, somente uma é pública (6,25%) e as demais instituições de ensino são particulares (93,75%). Salientamos, no entanto, que na metade de 2025 iniciou-se o curso de psicologia da UnDF, também público. Contudo, ela não foi considerada nesta pesquisa, pelo fato de a formação ainda estar em estágios iniciais.

Esse dado nos chamou atenção, considerando que, conforme a Nota Técnica nº 793, emitida em 12 de maio de 2015 pelo MEC, em conjunto com a Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (Seres), as instituições de ensino superior (IES) têm a obrigatoriedade de divulgar publicamente seus PPCs e demais documentos acadêmicos. A Nota reforça, no tópico 3, que os estudantes possuem direito ao acesso às informações curriculares, estabelecendo que a IES “deverá disponibilizar, para conhecimento da comunidade acadêmica, entre outras informações, o registro atualizado do projeto pedagógico de curso” (Brasil, 2015, p. 3). O documento ainda determina que essas informações devem estar acessíveis tanto nas páginas eletrônicas das instituições, quanto em suas bibliotecas, incluindo o PPC, os componentes curriculares, a duração do curso, bem como os critérios e requisitos de avaliação. Por fim, a Nota ressalta, ainda, que é responsabilidade das IES “divulgar/publicar, em meios acessíveis à comunidade acadêmica, as normas relativas aos planos de curso [...]” (Brasil, 2015, p. 4).

A dificuldade de acesso a esses documentos não constitui apenas um entrave metodológico para a realização desta pesquisa, trata-se, também, de um indício de um possível déficit de transparência na gestão dos cursos de psicologia. Ao restringirem ou dificultarem o acesso aos PPCs, as IES operam na contramão do princípio do caráter público da educação superior, que, mesmo no âmbito privado, é regida por marcos que garantem o direito coletivo à informação. No caso das IES públicas, a Lei nº 12.527/2011, conhecida como Lei de Acesso à Informação (LAI), em seu Artigo 3º, estabelece que a publicidade das informações deve ser uma regra, e o sigilo é a exceção, o que garante que documentos de interesse coletivo, como o PPC, estejam disponíveis para conhecimento da comunidade e da sociedade.

Já nas IES privadas, embora a LAI não se aplique diretamente, aquelas que recebem recursos públicos devem prestar contas sobre sua gestão, e, mais amplamente, a ética e a função social da educação superior impõem que a transparência seja uma obrigação política. Esse

cenário sinaliza uma assimetria significativa de poder entre instituição e comunidade acadêmica, na medida em que centraliza o controle do projeto formativo e impede que estudantes, pesquisadores e sociedade civil acessem documentos fundamentais para compreender e incidir criticamente sobre a orientação político-pedagógica do curso. A não-transparência institucional, portanto, não é somente nosso primeiro achado, mas um possível sintoma de modelos educacionais verticalizados, que fragilizam processos participativos e inviabilizam o exercício da autonomia acadêmica.

Realizados os devidos apontamentos quanto à dificuldade de acesso aos documentos, a seguir, adentramos nos achados oriundos da análise do material que compõe o *corpus* analítico da presente pesquisa. Na Tabela 3, apresentamos os eixos temáticos e categorias que foram extraídos da análise do material. Salientamos que a divisão entre eles serve muito mais a intuítos didáticos, organizando melhor a exposição dos achados, bem como facilitando sua compreensão, do que uma separação entre eles e o que expressam, como se a realidade e seus objetos se produzissem apartando o que os constitui.

A partir da leitura minuciosa dos projetos pedagógicos, emergiram três eixos de análise. O primeiro eixo, intitulado como “sentido das drogas na formação psi.” teve como objetivo analisar a maneira como as drogas são concebidas pela graduação. A partir disso, três categorias foram identificadas: (1) “perspectiva farmacológica das drogas”, com uma subcategoria denominada de “perspectiva cognitiva e das neurociências”; (2) “perspectiva psicossocial”; e (3) “perspectiva ético-legal”.

No segundo eixo, nos debruçamos a compreender os sentidos atribuídos pela formação psi. no que se refere ao tema da RD, de modo que o eixo foi intitulado como “redução de danos na formação psi.”. Nesse eixo, trabalhamos com duas categorias de análise: (1) “ausência / carência / insuficiência da RD”; e (2) “sentido técnico-instrumental da RD”.

Por fim, temos o terceiro eixo, nomeado como “relação psicologia e drogas”, em que buscamos apreender de que maneira a psicologia se apropria dessa temática. Nessa categoria, duas categorias de análise foram localizadas: (1) “perspectiva clínica”; e (2) “drogas, psicologia e contextos”. A explicitação dos eixos, categorias de análise e seus respectivos conteúdos podem ser apreciados na Tabela 2, abaixo:

Tabela 3

Eixos e categorias de análise

Sentido das drogas na formação psi	Redução de Danos na formação psi	Relação psicologia e drogas
Perspectiva farmacológica - Perspectiva cognitiva e das neurociências	Ausência / carência / insuficiência da RD	Perspectiva clínica
Perspectiva biomédica	Sentido técnico-instrumental da RD	Drogas, psicologia e contextos
Perspectiva psicossocial		
Perspectiva ético-legal		

Fonte: elaboração própria

3.1.1. Sentido das drogas na formação psi

Neste eixo, buscamos compreender a maneira como as drogas são conceituadas e concebidas pelos projetos pedagógicos da formação em Psicologia do DF. Nosso objetivo central é apreender os sentidos atribuídos à relação ser humano-drogas, e o que fundamentais sentidos, pois entendemos que essa apreensão é fundamental e determinante para nos aproximarmos daquilo que é ensinado, interpretado e incorporado pelos futuros profissionais de psicologia. Isso porque a forma como os conteúdos são abordados pelos projetos expressa não só um recorte de conteúdo, teorias ou técnicas práticas a serem aplicadas, mas concepções de mundo e de sujeito que orientam a atuação da psicologia em inúmeros contextos as quais

ela está inserida, e nesse caso, quanto à relação indivíduo-drogas e suas implicações. Assim, ao analisar como o tema se faz presente nos currículos, nos defrontamos no como a psicologia, enquanto campo de saber-fazer (e de poder), se posiciona diante dessa questão, ou seja, visualizando quais paradigmas e concepções embasam a formação.

A partir da leitura dos documentos, foi possível extrair quatro categorias das quais a formação psi se aproxima. As categorias se referem a: (1) perspectiva farmacológica das drogas, com uma subcategoria denominada de perspectiva cognitiva e das neurociências; (2) perspectiva psicossocial; (3) perspectiva biomédica; e (4) perspectiva ético-legal. Cabe ressaltar que a divisão entre eles não apaga as relações que alguns possuem entre si, se constituindo e conformando. Ou seja, eles não estão integralmente apartados uns dos outros, por mais que tenham também especificidades e uma relativa autonomia entre si.

A primeira categoria, intitulada como “**perspectiva farmacológica**”, se apresenta como uma das perspectivas dominantes nos trechos analisados, de modo que o sentido das drogas é construído a partir de seu caráter enquanto “substâncias químicas”, voltando-se para a compreensão de: (1) como elas agem no organismo; (2) quais são seus efeitos sobre o sistema nervoso central (SNC); (3) classificação a partir dos seus efeitos (depressoras, estimulantes, alucinógenas); (4) vias de administração; (5) interação entre drogas; (6) fármacos utilizados na abstinência do álcool. Elaboramos a Tabela 4, para fins ilustrativos, de como se dá as menções nos documentos em relação à perspectiva farmacológica:

Tabela 4

Síntese dos achados referentes à “perspectiva farmacológica”

Instituição de Ensino	Disciplinas	Menções sobre a perspectiva farmacológica
Universidade Católica de Brasília (UCB)	Disciplina: Toxicologia	Toxicologia clínica dos principais grupos de agentes tóxicos - intoxicação por

		fármacos/drogas com ação sobre o SNC - estimulantes, depressores e alucinógenos
Faculdade Anhanguera	Disciplina: Psicofarmacologia	Conhecer a farmacologia na dependência e avaliação dos efeitos do álcool e das drogas de abuso; Interações entre farmacologia e psicofarmacologia - drogas de abuso e ação central; Etanol-Histórico; Álcool e seus efeitos sobre diferentes sistemas; Álcool e o sistema nervoso central; Fármacos usados no tratamento da dependência química do álcool
Faculdade CCI	Disciplina: Dependência Química	Subdivisão e efeitos das drogas. Principais drogas psicotrópicas usadas de maneira abusiva
Faculdade Brasília (FBR)	Disciplina: Drogadição	A influência ou impacto do uso de substâncias psicoativas sobre o indivíduo
UNICEPLAC	Disciplina: Psicofarmacologia	Farmacologia das drogas de abuso/dependência. Tratamento farmacológico do abuso/dependência de drogas psicoativas

Fonte: elaboração própria a partir dos PPCs analisados

O foco nas drogas como “substâncias químicas” comparece em cinco dos nove PPCs analisados, e se apresentam de maneira multifacetada nos documentos, variando as nomenclaturas utilizadas. As instituições de ensino (IES) que abordam a temática a partir desse viés são a UCB, Faculdade Anhanguera, Faculdade CCI, FBR e UNICEPLAC, conforme Tabela 4, e aqui apresentaremos a forma com que cada uma delas abrange o campo de álcool e outras drogas.

Em primeiro lugar, destaca-se o caso da UCB, em que a temática é alocada em uma disciplina intitulada “Toxicologia”. Nessa unidade curricular, as drogas são abordadas sob o prisma da “toxicologia clínica dos principais agentes tóxicos”, contemplando, em sua ementa, o estudo da “intoxicação por fármacos/drogas com ação sobre o SNC”. Essa IES, por sua vez, adota esse enfoque como forma exclusiva de tratar do tema, uma vez que, em todo o PPC, apenas essa disciplina se dedica ao campo do álcool e outras drogas. A disciplina ainda aborda a ação das drogas sobre o SNC, bem como suas classificações segundo os efeitos farmacológicos que produzem, a saber: estimulantes, depressoras e alucinógenas.

Na Faculdade Anhanguera e na UNICEPLAC, identificamos uma disciplina que aborda o tema de modo semelhante, intitulada “Psicofarmacologia”. Em ambas as instituições, o tema das drogas é apresentado a partir da perspectiva da farmacologia, com ênfase nos efeitos do álcool e sua atuação no SNC, fármacos utilizados no tratamento da dependência química do álcool, no modo como as drogas atuam no sistema nervoso, interação entre drogas no organismo e nas principais vias de administração. A UNICEPLAC, por sua vez, faz apenas uma breve menção ao tema, referindo-se à “farmacologia das drogas de abuso/dependência” e ao “tratamento farmacológico do abuso/dependência de drogas psicoativas”.

Na sequência, identificamos a Faculdade CCI e a FBR, que apresentam disciplinas com nomenclaturas distintas, mas semelhantes quanto à abordagem. São elas “Dependência Química” e “Drogadição”, respectivamente. A primeira contempla conteúdos relacionados à “subdivisão e efeitos das drogas” e às “principais drogas psicotrópicas usadas de maneira abusiva”, enquanto a segunda estabelece uma associação com “a influência ou impacto do uso de substâncias psicoativas sobre o indivíduo”.

O que pudemos observar, a partir desses dados, é que os documentos estabelecem uma associação direta entre as drogas, seus efeitos físicos e os impactos produzidos no organismo, incluindo a crise de abstinência do álcool. Essa substância, aliás, é a que recebe maior destaque

nos PPCs, aparecendo inclusive em disciplinas não mencionadas anteriormente, como “Interdisciplinaridade na Atenção à Saúde de Povos Indígenas” e “Disciplina Específica II – Ênfase A ou B”. Nessas unidades curriculares, o álcool é relacionado ao contexto de trabalho, impactos na população indígena e aos efeitos que produz no SNC, retomando o enfoque já apontado, com referência específica a Rehfeldt (2006).

Ainda assim, outras drogas são mencionadas, como as anfetaminas, ecstasy, e na faculdade Anhanguera e UNICEPLAC elas comparecem como as chamadas “drogas de abuso”. As “drogas de abuso” são entendidas e foram difundidas por drogas que possuem maior potencial de dano e potencial de causar uma relação de dependência, como é frequentemente associado ao crack, e nesse sentido, os próprios PPCs citados das duas IES realizam essa associação em seus ementários.

Nesse percurso, identificamos na UnB uma abordagem que reforça o padrão já observado nas demais instituições analisadas, razão pela qual consideramos pertinente incluí-la aqui, sobretudo por sua relação direta com o viés farmacológico das drogas, chamaremos de **“perspectiva cognitiva e das neurociências”**, em que aqui será adotada como uma subcategoria. No Departamento de Processos Psicológicos Básicos, o Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento mantém uma linha de pesquisa dedicada ao tema “Cérebro, Drogas e Comportamento”, evidenciando, novamente, a vinculação entre o uso de drogas e seus supostos desdobramentos neurobiológicos. Compreendemos que, para esse Departamento, a centralidade atribuída às correlações cerebrais torna coerente que a temática seja tratada prioritariamente ou exclusivamente sob esse enfoque.

Ademais, pode se constatar que o foco é a droga, como se ela fosse o sujeito da relação, de modo que os sujeitos se tornam objetos (ou são tidos como tais), havendo uma inversão nesta relação. Não à toa, as propriedades das drogas, que são coisas, passam a adquirir características humanas ou quase humanas, ao passo que os indivíduos são entendidos desde

um prisma coisificador, como mero receptores de tais drogas, ou um conjunto de sinapses, estímulos etc. Na melhor das hipóteses, são seus órgãos e sistemas que agem - a partir da ação das drogas - e não o ser em sua totalidade.

Com isso, não estamos aqui negando que as drogas são também substâncias com algum tipo de química e que, ao serem consumidas, têm algum tipo de impacto em nosso organismo. A questão que se coloca é quando o que se tem de formação é quase única ou exclusivamente a dimensão ou as propriedades farmacológicas e suas implicações. Questiona-se, assim, a centralidade ou a hegemonia (quando não a exclusividade) da dimensão farmacológica na compreensão de tais substâncias - que, como argumentaremos, não são “só” substâncias -, o que, por sua vez, tende a se expressar numa compreensão do ser humano também detida à dimensão fisiológica, cerebral. Ora, se as drogas e a relação que estabelecemos com elas, suas múltiplas determinações, mediações e implicações fossem apenas ou centralmente explicadas pela farmacologia, poderíamos inclusive concluir que não seria tão complexo construir processos assistenciais às pessoas com necessidades atreladas ao consumo abusivo ou dependentes de drogas.

Seguindo na apresentação dos dados coletados, adentramos a segunda categoria de análise, que se trata da “**perspectiva biomédica**”. Intimamente relacionada ao paradigma biomédico, esta perspectiva define a relação indivíduo-drogas a partir do prisma da doença e do transtorno da dependência química. Como vimos na categoria anterior, o sentido da droga está atrelado ao seu potencial de causar danos, sejam eles físicos, sociais ou jurídicos, e aqui, volta-se para o adoecimento propriamente dito. As instituições de ensino que realizam essa associação são: Faculdade Anhanguera, Faculdade CCI, UNIPROJEÇÃO, UnB, FBR e UNICEPLAC. A seguir, a Tabela 5 com a sintetização dos dados localizados e alocados nesta categoria de análise.

Tabela 5*Síntese dos achados referentes à “perspectiva biomédica”*

Instituição de ensino	Disciplinas / Laboratório	Menções sobre a perspectiva biomédica
Faculdade Anhanguera	Disciplinas: Terapia Familiar Sistêmica; Psicofarmacologia; Disciplina Específica II - Ênfase A ou B	Família e dependência química; Fármacos usados na dependência química do álcool; Síndrome de abstinência do álcool; Drogadição e trabalho; Drogadição no trabalho; Alcoolismo no trabalho: estratégias de tratamento
Faculdade CCI	Disciplina: Dependência Química; Intervenção em Crise; Adolescente, Família e Sociedade	A dependência química no cenário atual; O que é dependência química; psicoativas; O adolescente na sociedade atual: Violência, drogas, alcoolismo, sexualidade
Universidade de Brasília (UnB)	Laboratório: PRODEQUI	Drogadição em diferentes contextos: saúde, educação, justiça, assistência e segurança pública
Faculdade Brasília (FBR)	Disciplina: Drogadição	O diagnóstico e a influência ou impacto do uso de substâncias psicoativas sobre o indivíduo; O tratamento, o plano de assistência e a rede de cuidado integral para usuários de substâncias psicoativas
UNICEPLAC	Disciplina: Intervenções em Crise	Atenção à crise nos contextos específicos de: estresse pós-traumático, abuso de substâncias

Fonte: elaboração própria a partir dos PPCs analisados

Em se tratando do sentido de doença atribuído pelos PPCs, a relação é definida por termos como “dependência química”, “drogadição”, “abuso de substâncias psicoativas”, “síndrome de abstinência” e “alcoolismo”, termos que são comumente utilizados pela medicina e outras ciências da saúde que abordam a temática das drogas a partir de uma visão patológica e, conseqüentemente, estigmatizada e proibicionista. As ementas dos PPCs são acompanhadas por referências que reforçam essa abordagem, entre as quais se destacam Rehfeldt (2006), com o capítulo “Do uso à dependência”; Silveira e Moreira (2006), autores de *Panorama Atual de Drogas e Dependências*; Figlie et al. (2015), com *Aconselhamento em Dependência Química*; Zanelatto e Laranjeira (2018) com *O Tratamento da Dependência Química e as terapias cognitivo-comportamentais*; e Diehl et al. (2011), responsáveis pela obra *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*.

O que chama atenção, é que nas literaturas utilizadas pelas IES, prevalece a presença de médicos psiquiatras, de modo que são a maioria dos autores presentes nas bibliografias. Das cinco bibliografias citadas, quatro delas foram escritas por médicos psiquiatras ou em parceria com eles. Inclusive, três referências: Figlie et al. (2015), Zanelatto e Laranjeira (2018) e Diehl et al. (2019) possuem como um dos autores e organizadores dos livros o médico psiquiatra Ronaldo Laranjeira, uma figura já bastante conhecida no “combate às drogas” no Brasil e um dos críticos mais severos em relação à descriminalização ou legalização das drogas, tendo seu discurso pautado no paradigma proibicionista e abstencionista. Esse foco dado pelo médico tende a reforçar estigmas sobre usuários de drogas e a simplificar a questão ao privilegiar explicações biomédicas em detrimento de determinantes sociais, culturais e históricos.

Em resumo, a formação em psicologia no DF, ao menos no que se refere à temática de álcool e outras drogas, parece ser fundamentalmente psiquiátrica (ou psiquiatrizante), como se a psicologia fosse um apêndice da psiquiatria neste ponto; ou tivesse que ser hegemônica pela psiquiatria. Não advogamos por uma formação psicologizante em psicologia. Pelo

contrário, tomando a realidade em sua complexidade e considerando suas múltiplas determinações e mediações, há de se avançar no esforço de rasurar ou dirimir as fronteiras abstratas e artificiais do conhecimento, que não condizem com a realidade, sua complexidade e movimento. Sendo assim, tomando a relação ser humano-drogas em suas múltiplas determinações, indagamos por que não comparecem outros campos do saber-fazer - ou são diminuídos em sua importância - sejam eles especificamente da saúde ou das ciências humanas?

Outro ponto a ser citado nessa categoria é que o foco no diagnóstico e tratamento se fazem presentes nos conteúdos, partindo da compreensão de que as drogas em si e suas diversas formas de uso passam pela necessidade de intervenção, como vemos na Tabela 5. Isso fica evidente com a utilização de termos como “prevenção”, “diagnóstico”, “formas de tratamento”, “fármacos usados no tratamento da dependência química” e “técnicas de aconselhamento”. Assim, percebe-se que fica estabelecida uma relação de risco com as drogas, enquadrando-as como uma variável de impacto negativo, seja na família, no indivíduo, ou como um “risco” a ser diagnosticado, tratado e curado. No entanto, podemos associar que essa cura passa por somente uma possibilidade, que é a supressão total do uso de drogas. Assim, compreende-se que a cura só viria a partir do não uso de drogas, o que por si só já demarca uma limitação dos saberes psi em relação à abordagem dessa temática, demonstrando a perspectiva hegemônica presente na construção desse saber, que é ideológico e antidrogas.

A terceira categoria a ser discutida diz respeito à “**perspectiva psicossocial**”. Mas o que chamamos de psicossocial? Ao nomear a categoria dessa maneira, visamos enfatizar que, nos documentos analisados, o tema das drogas aparece como um elemento que atravessa de maneira problemática diversos contextos sociais. Trata-se de uma abordagem que desloca o olhar das drogas em si e leva para os modos como determinadas realidades são afetadas pelo uso de drogas. Nos PPCs, essa perspectiva se apresenta a partir da infância e adolescência;

dinâmicas familiares; uso de álcool entre populações indígenas; e impactos no contexto de trabalho.

Nos quatro recortes analisados, as drogas aparecem como um fator de risco, vulnerabilidade ou desordem, operando como um eixo explicativo para os problemas atribuídos a esses grupos. Os documentos produzem narrativas nas quais as drogas atuam como um elemento atravessador, capaz de intensificar demandas sociais já existentes e de reforçar a produção de efeitos negativos sobre indivíduos e grupos. Assim, essa categoria não corresponde a uma definição que parte da influência do contexto social no uso de drogas, mas a um enquadramento analítico que evidencia como as orientações institucionais incorporam o uso de drogas na formulação de determinadas problemáticas sociais, atribuindo-lhe sentidos, funções e implicações específicas, sobretudo, de problema. A seguir, apresentamos a Tabela 6 com a sintetização dos achados.

Tabela 6

Síntese dos achados referentes à “perspectiva psicossocial”

Instituição de ensino	Disciplinas / Laboratório	Menções sobre a perspectiva psicossocial
Universidade de Brasília (UnB)	Laboratórios: PRODEQUI e Laboratório de Família, Grupos e Comunidade	Investimento no atendimento a adolescentes e famílias em contexto de vulnerabilidade social; Impacto sobre a família de variáveis tais como a drogadição, delinquência juvenil
Faculdade Anhanguera	Disciplinas: Terapia Familiar Sistêmica; Adolescência e Juventude no Século XXI; Interdisciplinaridade na Atenção à Saúde de Povos Indígenas; Disciplina Específica II - Ênfase A ou B; Desenvolvimento	Família e dependência química; Adolescência e o uso de álcool e outras drogas; Causas e efeitos do consumo de álcool entre indígenas; Drogadição e trabalho, drogadição no trabalho, alcoolismo e trabalho, alcoolismo no

	Humano II	trabalho; Adolescência, experimentação e uso de drogas lícitas e ilícitas
Faculdade Brasília (FBR)	Disciplina: Drogadição	Papel da sociedade, da escola, da família e da mídia

Fonte: elaboração própria a partir dos PPCs analisados

Essas afirmativas ficam evidentes na UnB, Faculdade Anhanguera e FBR. Em relação à UnB, observamos que essa perspectiva é adotada em dois laboratórios distintos, sendo eles o PRODEQUI, que aborda a partir do “investimento no atendimento a adolescentes e famílias em contexto de vulnerabilidade social” e o Laboratório de Família, Grupos e Comunidade, que cita a partir do “impacto sobre a família de variáveis tais como a drogadição, delinquência juvenil...”, como vemos na Tabela 6.

A Faculdade Anhanguera possui cinco disciplinas que tratam desse tema, são elas: Terapia Familiar Sistêmica, citando “família e dependência química”; Adolescência e Juventude no Século XXI, trata do tema como um “dilema”, citando a “adolescência e o uso de álcool e outras drogas”; Interdisciplinaridade na Atenção à Saúde de Povos Indígenas, que estuda “causas e efeitos do consumo de álcool entre indígenas”; Disciplina Específica II - Ênfase A ou B, dialogando a respeito dos atravessamentos entre uso de drogas e trabalho, como vemos “drogadição e trabalho; drogadição no trabalho; alcoolismo e trabalho; alcoolismo no trabalho”; e Desenvolvimento Humano II, que traz a “adolescência, experimentação e uso de drogas lícitas e ilícitas”. Por fim, a FBR, com a disciplina de Drogadição, essa abordagem é mencionada de maneira mais ampla, como “papel da sociedade, da escola, da família e da mídia”.

Algo que nos chama atenção nessa categoria, é que cada um desses contextos, na realidade concreta, lida com as drogas a partir de múltiplas características. Por exemplo, o uso de drogas na adolescência, pode representar uma série de desdobramentos. Ainda que possa

desembocar em efeitos negativos na vida do indivíduo, faz parte também de um processo de socialização, experimentação, descoberta, emancipação e busca por pertencimento desse sujeito em ciclos sociais. Pode significar também uma atitude de denúncia às lacunas vivenciadas pelo indivíduo, considerando que o uso de drogas é, principalmente, uma expressão da questão social e do nosso modo de sociabilidade na contemporaneidade.

Discutindo a respeito da forma como a população indígena é abordada, pode se inferir que os PPCs realizam um esmaecimento cultural do que representa o uso de drogas entre essas populações, pois os documentos reproduzem uma lógica que desconsidera a multiplicidade de sentidos atribuídos a essas práticas, como vemos na Tabela 6. Em muitas comunidades, o uso de determinadas plantas e outras drogas está intrinsecamente relacionado à espiritualidade, rituais de cura, comunicação com ancestrais e à manutenção da identidade cultural coletiva. Quando os documentos tratam esse uso apenas pelo viés da problemática ou associando esse uso ao risco, reforçam uma visão que reduz e apaga práticas milenares a categorias que são biomédicas e moralizantes. Dessa forma, apaga-se a dimensão simbólica e cultural dessas experiências, perpetuando a marginalização dos conhecimentos indígenas, impedindo que políticas e formações profissionais reconheçam e dialoguem com outros modos de existir.

Assim, visualizamos que a “perspectiva psicossocial”, como categorizamos, coloca as drogas em um mesmo caminho, que é o de problema, sendo trabalhado dessa forma em diversos contextos, conforme apontamos acima. Nesse sentido, o contexto aqui trabalhado como psicossocial não considera o sujeito em suas particularidades e identificações culturais, mas volta a construção do saber para a problemática envolvida no uso de drogas, desconsiderando vivências que vão além da construção ideológica e moralista acerca do tema.

Por fim, mas não menos importante, elaboramos a quarta categoria de análise, denominada “**perspectiva ético-legal**”. Ela comparece através dos PPCs de três instituições, sendo a UnB, que menciona a partir da “justiça e segurança pública”, a UCB, com “drogas

lícitas e ilícitas” e a Faculdade Anhanguera, trazendo o “uso de drogas lícitas e ilícitas”. A seguir, a Tabela 7 com a exposição dos dados analisados nesta categoria:

Tabela 7

Síntese dos achados referentes à “perspectiva ético-legal”

Instituição de Ensino	Disciplinas / Laboratório	Menções sobre a perspectiva ético-legal
Universidade de Brasília (UnB)	Laboratório: PRODEQUI	Justiça; Segurança Pública
Universidade Católica de Brasília (UCB)	Disciplina: Toxicologia	Drogas lícitas e ilícitas
Faculdade Anhanguera	Disciplina: Desenvolvimento Humano II	Uso de drogas lícitas e ilícitas

Fonte: elaboração própria a partir dos PPCs analisados

Embora tenha aparecido de forma menos recorrente nos documentos analisados, consideramos essa categoria fundamental, pois ela revela uma dimensão indissociável das políticas de drogas no Brasil e no mundo. Ao nos referirmos à perspectiva ético-legal, compreendemos que ela evidencia como tais políticas são atravessadas por um sistema de valores que delimita quais drogas são socialmente legitimadas e quais se tornam alvo de criminalização. Essa forma de conceber as drogas não deriva, prioritariamente, de critérios de saúde ou de evidências sociais, mas de construções morais que buscam regular comportamentos.

Assim, a legalidade ou ilegalidade das drogas opera como um dispositivo que converte práticas culturais de uso em problemas éticos, vinculando determinadas drogas à noção de desvio, perigo ou desordem. A discussão em torno dessa dimensão torna-se central, na medida em que o debate sobre drogas ultrapassa o campo biomédico e se sustenta também em um

aparato ético-legal que orienta políticas públicas, produz efeitos nas relações sociais e atravessa as experiências subjetivas das pessoas que as utilizam.

Os dados coletados através da leitura dos PPCs corroboram com o que foi apresentado por Pillon e Luis (2004), quando apresentam os modelos explicativos a respeito do tema álcool e outras drogas. As autoras realizam um panorama de quais são os principais modelos que circundam a atuação frente à questão das drogas, e chegaram à conclusão de que se existem, pelo menos, cinco modelos explicativos, são eles: modelo ético legal (p. 677); modelo moral; modelo médico ou de doença; modelo psicológico ou psicossocial (p. 678); e modelo sociológico ou sociocultural (p. 679).

Em primeiro lugar, Pillon e Luis (2004) caracterizam do que se trata o modelo ético legal na compreensão a respeito do uso de drogas, que segundo as autoras, trata-se de uma concepção que se ancora ao campo do direito e da segurança pública, que compreende o uso de drogas a partir de uma lógica normativa e disciplinar. Nesse enfoque, as causas do uso de drogas partem de uma concepção da imoralidade, o que reduz uma questão complexa a atos de transgressão, demandando uma resposta legal do Estado. Nesse modelo, não existe um aprofundamento crítico acerca do uso, dos processos sociais, históricos e subjetivos que influenciam o uso. Desse modo, legitima-se intervenções de caráter punitivo que operam por meio de aparatos disciplinadores, como o aprisionamento em massa, por exemplo, que rompe com qualquer possibilidade de um sistema carcerário justo (Paula, 2022).

O que se observa, no entanto, é que esse aprisionamento não passa somente pela preocupação com o “mal das drogas”, mas está inserido em um jogo de poder político, em que o objetivo é manter o controle do estado e de determinadas populações. Segundo Benevides e Braga (2022) a Lei 11.343/2006 é uma das principais responsáveis pelo alto índice de encarceramento, uma vez que criminaliza ações como o tráfico de drogas ilícitas, a aquisição e porte para uso pessoal. O que ocorre é um endurecimento das penas que envolvem essas

condutas, de modo que a justificativa se dá a partir de afirmações de que o combate às drogas é uma das principais vias para manter a saúde e segurança pública.

Nesse sentido, Benevides e Braga (2022) apontam que a distinção entre drogas legais e ilegais não é neutra, mas atravessada por critérios sociais e políticos que produzem um tratamento desigual entre grupos sociais. Tal lógica fica expressa tanto na forma como determinadas drogas são classificadas quanto na aplicação seletiva da legislação sobre certos usuários e comerciantes, deixando evidente um funcionamento assimétrico do sistema de justiça. As autoras destacam que, embora a cor da pele não se configure como um critério para a lei, ela opera como elemento decisivo nas práticas do sistema prisional, influenciando a percepção, desde a abordagem policial, até o julgamento determinado pelo juiz. Desse modo, se constrói e se reforça o estereótipo de “traficante”, que é constantemente associado ao sujeito pobre, negro e com baixa escolaridade, revelando que a política de repressão às drogas se estrutura a partir de uma lógica profundamente classista e racializada.

Essa seletividade se esclarece a partir dos dados apresentados por uma pesquisa realizada por Soares e Maciel (2023), através do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), que demonstra que 68% dos réus processados por tráfico de drogas no Brasil são pessoas negras, enquanto somente 31% se refere a população branca. O mesmo estudo indica que os processos por tráfico incidem majoritariamente sobre homens, que correspondem a 86% dos réus, concentrando-se em indivíduos com até 30 anos de idade (72%) e com baixos níveis de escolaridade, sendo que 67% não concluíram a educação básica. Destaca-se, ainda, que jovens negros com menos de 30 anos representam aproximadamente metade dos réus por tráfico de drogas, evidenciando a centralidade da criminalização dessa parcela da população.

Dessa forma, conforme discutimos acima, o CFP (2019) pontua que nem sempre as drogas hoje consideradas de “abuso” foram vistas dessa maneira problemática, de modo que a concepção das drogas como benéficas ou não, legais ou ilegais, esteve diretamente influenciado

pelo período histórico vivenciado pela sociedade. Ao longo dos séculos, as SPAs foram utilizadas pelos indivíduos com objetivos e contextos diversos, em festas, rituais religiosos e tratamento de enfermidades, representando sentidos diversos, como um canal de acesso ao divino, recreação e cura (Machado & Boarini, 2013). Além desses usos variados, Calvete e Souza (2020) destacam que, entre os séculos XVI e XVII, as drogas também se enquadraram entre os produtos mais cobiçados, sendo inclusive motivo de disputas internacionais. Esse cenário se fortalece a partir da Guerra do Ópio, que ocorreu na China no século XIX, quando o controle do mercado dessas drogas serviu como propulsor do conflito.

Antes de avançarmos, consideramos importante dizer que a classificação das drogas como legais ou ilegais, lícitas ou ilícitas, boas ou más, não passa por uma neutralidade, mas por uma contradição, conforme discutido por Paula (2022). O autor aponta que a conceituação do que são “drogas” ganha um sentido estratégico no sistema capitalista, pois essa definição é utilizada como uma ferramenta política, moral e econômica. O fato é que não existe um critério lógico que explique o porquê de algumas drogas serem consideradas ruins em detrimento de outras. Se os critérios de definição se pautassem diretamente nos danos causados à saúde ou o potencial de dependência, deveríamos, então, rever a classificação, de modo que drogas hoje tidas como legais, seriam, invariavelmente, proibidas. É o caso do álcool e do tabaco, por exemplo, drogas legalizadas no mercado que possuem um maior potencial de causar dependência e que são, inclusive, as verdadeiras “portas de entrada” para o uso de drogas.

Nesse sentido, Paula (2022) direciona nosso olhar para compreensão de que essa contradição encontrada na definição do que são drogas sustenta uma “interdição moral” (p. 63), em que certas drogas passam a ser associadas ao “mal” e à criminalidade, enquanto outras são naturalizadas e socialmente aceitas e, principalmente, comercializadas. Assim, em consonância com Paula (2022), o problema deixa de ser o “dano” causado por determinadas substâncias, e o problema se torna quem usa a droga, onde usa e quais contextos sociais que essa droga é

localizada. O que ocorre então é que a “guerra às drogas” não busca, diretamente, acabar com as drogas. Ela é, na verdade, uma estratégia para eliminar certos grupos de pessoas, especialmente a população negra e periférica, sustentando interesses econômicos envolvidos no mercado ilegal, que conforme aborda Carneiro (2018), é essa proibição que aumenta o valor de mercado das drogas, que deixam de ser meras substâncias e assumem o caráter de mercadoria.

Continuando, foi a partir da briga de mercado, desenvolvimento e sofisticação da indústria farmacêutica que as drogas foram ganhando novos lugares e assumindo outros papéis, sobretudo, o papel de problema (Schimith et. al, 2019). Isso porque elas passaram a ser associadas a comportamentos de risco, grupos específicos da sociedade e pelo seu suposto potencial de causar dependência. Assumindo o caráter de problema social, o uso passou a ser questão de saúde, enquanto a comercialização passou a ser questão de justiça, ou seja, criminalizado. No entanto, conforme discutem Calvete e Souza (2020), antes das drogas serem vistas como drogas (e como problemas), precisamos nos lembrar que elas são, por princípio, mercadorias. Assim, deter o direito de comercializar determinadas substâncias acabou se tornando um dos principais fatores para a sua proibição e para a construção da visão social a respeito das drogas.

Essa visão, por sua vez, não é neutra. Em se tratando das políticas sobre drogas no Brasil, Soares et. al. (2025) afirmam que o início do século XX representa uma mudança de abordagem em relação à questão das drogas. A partir de 1912, com a adesão do Brasil à Convenção de Haia, inicia-se a construção das primeiras políticas nacionais voltadas ao controle das drogas. A Convenção, conhecida como primeiro acordo global de controle das drogas, reuniu a presença de diversos países e coloca o Brasil em um cenário que tinha como objetivo restringir a produção, comercialização e o uso de substâncias como o ópio, morfina e cocaína, determinando que fossem utilizadas somente com finalidades médico-científicas, ou

seja, substâncias deveriam ficar sob domínio de um saber específico, o saber médico-jurídico (Rodrigues, 2012).

Nesse sentido, Torcato (2014) afirma que as políticas nacionais sobre drogas vêm sendo historicamente construídas sob influências que vão desde os tratados internacionais do início do século, os quais pouco dialogam com a realidade vivenciada no Brasil, até a forte carga das políticas norte-americanas. Conforme aponta Rodrigues (2012), os EUA foram responsáveis por diversas medidas repressivas, como a Lei Seca de 1919, e pela inauguração do paradigma proibicionista por meio da “Guerra às Drogas”, adotando uma postura de tolerância zero a quaisquer substâncias, recriminando o uso recreativo e defendendo que o uso existisse somente para fins médicos. Esse viés de tolerância zero não surgiu do nada, na verdade, foi impulsionado pelo vínculo estabelecido entre as drogas e determinados grupos sociais, sobretudo imigrantes e minorias étnicas.

Dessa forma, Rodrigues (2012) destaca que a associação do uso de drogas ao saber médico-jurídico possui raízes xenófobas e racistas, dado que cada substância era vinculada a grupos específicos da população. Nos EUA, por exemplo, a maconha foi associada aos hispânicos e a cocaína à população afrodescendente. No Brasil, a heroína passou a ser identificada como drogas de prostitutas, enquanto a maconha foi marcada como substância utilizada pela população negra. Ainda assim, o Brasil foi um dos pioneiros na proibição da maconha, pois utilizou disso como via para criminalizar hábitos culturais dos povos escravizados. Proibindo a maconha, podia-se afetar diretamente esse grupo de pessoas e principalmente na forma como a sociedade compreendia esse uso. Por isso, em 1830, a prática do “pito de pango” foi proibida, antes mesmo da proibição pelos EUA (CFP, 2019).

Soares et. al (2025) apontam que a incorporação das diretrizes internacionais pelo Brasil, representou uma cisão na forma como as drogas eram compreendidas pela nossa sociedade, pois não significava apenas um combinado entre nações, mas a consolidação de uma

perspectiva moralista e disciplinadoras sobre o consumo de drogas, que passaram a ser interpretadas como questão de saúde, questão de justiça, como sinal de desvio, e, principalmente, como ameaça à ordem social. Nesse ínterim, o Estado brasileiro passou a estruturar todo um aparato jurídico que associava o consumo de drogas à marginalidade e à criminalidade, desenvolvendo políticas que tinham um único objetivo: reprimir e punir.

Esse cenário se materializa a partir do Decreto nº 2.861 de 1914. Com ele, foram estabelecidas medidas para impedir o “abuso” de ópio, morfina e seus derivados, em concordância com aquilo que havia sido estabelecido como diretrizes internacionais (Brasil, 1914). Esse dispositivo representa que desde o princípio as políticas de drogas no Brasil se estruturam a partir da lógica proibicionista, sendo sustentadas por práticas de controle que desconsideram a profundidade da questão das drogas e negligenciam o cuidado em saúde.

De acordo com Fiore (2012), o paradigma proibicionista teve como marco de sua consolidação a Convenção das Nações Unidas sobre Entorpecentes, que ocorreu em 1961. Na ocasião, diversos países assumiram a responsabilidade de lutar contra o mal das drogas, e nesse aspecto, o autor discute que o proibicionismo é sustentado por dois eixos centrais. O primeiro deles diz respeito à crença de que o uso de drogas é danoso, e que estas possuem em si um poder inerente de causar dependência e destruição. O segundo, reforça a ideia de que a melhor forma de conter o uso e a destruição causada pelas substâncias, seria através da intervenção estatal, com medidas que barrassem o avanço da relação da sociedade com as drogas.

Ademais, visualizamos que as principais premissas que mantêm o proibicionismo em voga, é o fato de que as drogas são concebidas como *males em si*, e a administração de drogas é uma prática danosa para a saúde das pessoas, sendo essa a justificativa utilizada pelo Estado para coibir o consumo/comércio. Essa preocupação com a saúde da população, no entanto, aparenta ser uma roupagem para esconder interesses maiores, especialmente quanto à

comercialização, lucratividade e manutenção do poder por meio de práticas desumanas e não democráticas de cuidado.

A configuração estatal e ideológica inaugura uma trajetória marcada pela punição, como o encarceramento para aqueles que fossem pegos produzindo/comercializando as substâncias proibidas e a internação para aqueles que as utilizassem, sendo as principais formas utilizadas para contenção do consumo. Ou seja, desde o começo da discussão tanto a nível nacional quanto a nível mundial, observamos que o Estado, ao invés de olhar para os demais fatores envolvidos no uso de drogas, realizou o caminho contrário: reforçou uma perspectiva moralizante e individualizante, que impacta até os dias atuais, a forma como a sociedade concebe as drogas, e não só ela, mas também os campos de saber, seja em saúde ou ciências humanas. Esse modelo, ancorado em estigmas e preconceitos, seguem presentes na contemporaneidade, e parecem se fortalecer com o passar do tempo. É o caso do que observamos aqui, na análise dos projetos pedagógicos já supracitados. Pensando especificamente no caso da formação em Psicologia, aparentemente a perspectiva hegemônica permanece, e perpetua saberes errôneos, ou limitados sobre drogas.

Não por acaso, Costa (2020) e Ronzani et. al (2023) discutem que o uso e dependência de drogas exige uma compreensão que ultrapassa explicações individualistas, biológicas ou físicas. Os autores argumentam que o uso nocivo é influenciado por fatores como renda, território, relações familiares e de gênero, e por conta disso, o tema não pode ser abordado somente como uma simples “decisão” do sujeito ou como um “desvio moral”.

No entanto, Ronzani et. al (2023) levantaram que existe um maior número de pesquisas que dão ênfase nos fatores de risco e prejuízos causados pelo efeito das drogas, uma maneira de individualizar a questão, ao invés de analisar fatores de proteção ou de redução dos danos associados ao uso. Ou seja, aponta-se para uma maior ênfase na problemática das drogas, em que os autores discutem o quanto se faz presente a perspectiva hegemônica de apreender as

drogas e a relação que os indivíduos estabelecem com elas. Percebe-se um maior foco dos estudos nos “fatores microssociais” (p. 9) e individualistas, ausentando-se de análises mais profundas. Esses achados, por sua vez, corroboram com a abordagem de “problema” utilizada pelos PPCs analisados. Observa-se que os documentos tratam dessa forma com associações à “delinquência juvenil”, “divórcio”, “problemas familiares” e “dilemas da adolescência”.

Retomando os modelos discutidos por Pillon e Luis (2004), abordaremos o modelo médico ou de doença, que, a partir da análise dos dados, apresentou-se como um dos modelos mais preponderantes nos PPCs. Segundo as autoras, o modelo médico parte da leitura de que a dependência de drogas se constitui como uma “entidade nosológica distinta e de caráter progressivo” (p. 678), que possui origens ou manifestações físicas, demandando tratamento médico especializado. Nesse modelo, as drogas e a dependência delas são enquadradas como um conjunto de sintomas clínicos, que carecem de intervenção, sejam elas a partir da privação de liberdade, uso de medicamentos ou intervenção médica. Assim, o tratamento centra-se na recuperação do uso, abuso e/ou dependência, tendo a abstinência total como objetivo principal, conforme visualizamos em grupos de mútua ajuda como o Alcoólicos Anônimos (AA) ou Narcóticos Anônimos (NA).

Como vimos, há uma construção ideológica e moral em torno da questão das drogas, no qual o uso de substâncias passa a ser compreendido prioritariamente como um desvio de ordem legal, e por outro lado, como uma patologia, o que influencia e delimita diretamente a forma como o uso é concebido socialmente e as estratégias de “cuidado” que se desenvolvem a partir dessa compreensão. Costa (2020), realiza uma crítica a respeito dos conceitos de dependência química e toxicomania, pontuando que o uso de ambos os termos desemboca em um equívoco, de modo que, no primeiro, a chamada “dependência” é explicada a partir das alterações causadas pelas substâncias no SNC, sendo caracterizadas somente a partir das alterações químicas causadas no organismo, ou uma doença que afeta diretamente o

funcionamento do cérebro. Por outro lado, temos a toxicomania. O autor explica que o sufixo “mania”, indica uma patologização da questão, pois ele é utilizado para indicar um quadro de loucura. Em ambas as terminologias, acompanhamos uma individualização do tema, que coloca o sujeito como doente incapaz de tomar suas próprias decisões e utilizar de sua razão, por conta do uso de drogas.

Como discutimos, a concepção que a sociedade brasileira atribui em relação às drogas, não é neutra. Dessa forma, também não haveria neutralidade em sua patologização. De acordo com o CFP (2019), no campo referente ao cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, prevalece de maneira categórica a perspectiva biomédica como orientação principal. Por “perspectiva biomédica”, entendemos que é um modelo ancorado numa ideia de que o uso de drogas é uma questão individual, e que a saúde se dá a partir da ausência do uso. A partir desse olhar, o uso de drogas é constantemente associado a uma doença, muitas vezes tida como doença crônica, progressiva e sem cura (Pillon & Luis, 2004).

A política antidrogas brasileira é ancorada nesse paradigma, que sustenta práticas de caráter tutelar e frequentemente desumanizantes, nas quais o indivíduo que faz uso é constantemente colocado em posições de inferioridade, incapacidade e delinquência (como os próprios PPCs realizam essa associação), o que é contraditório, pois o CFP apresenta uma concepção, enquanto as formações aqui analisadas seguem outro viés. O que estamos discutindo aqui trata-se de um aparato médico-legal, que estabelece uma dualidade: de um lado, o sujeito é tido como doente, e de outro, como criminoso. Por consequência, existe a legitimação de intervenções centradas na disciplina, controle e patologização do indivíduo, tutelando-o a práticas de cuidado não democráticas e excludentes.

Nesse horizonte, a compreensão de que um tratamento “deu certo” é vinculado ao alcance da abstinência total, que é tomada como único caminho possível e desejável. Essa concepção reforça a ideia de que as possibilidades de acessar a “cura” pressupõe o isolamento

do indivíduo de seu território e de seus vínculos sociais, movimento contraditório, pois aparenta contrariar um dos princípios da própria noção de saúde: a inserção social e a participação ativa do sujeito na comunidade a qual faz parte. Um dos exemplos que podemos citar em relação à essa forma de assistência baseada em isolamento e disciplina, são as CTs, que atualmente representam uma das principais expressões do modelo manicomial e do processo de contrarreforma psiquiátrica. Nesses espaços, a ruptura com o mundo é apresentada como condição para o tratamento, ainda que tal isolamento produza o oposto do cuidado.

Antes de continuarmos discutindo o que é o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas, é importante caracterizar como concebemos o uso de drogas. De acordo com Costa (2020), o uso de substâncias representa algo que vai além da imoralidade imposta pelo paradigma proibicionista, além de uma patologia, conforme imposto pelo saber biomédico, e além de um crime, conforme determinado pelo aparato ético-legal. O autor defende que o uso de drogas retrata uma expressão da questão social. Costa (2020) explica que a questão social surge no século XIX, para explicar o fenômeno do empobrecimento da sociedade europeia, que ocorreu por conta da passagem do sistema feudal para o sistema capitalista.

O que ocorreu é que a Revolução Industrial impulsionou a produção de bens e geração de riqueza, mas isso custou a pauperização de boa parte da população. Ou seja, com o aumento das riquezas, concomitantemente ocorria o aumento da pobreza, pois esse movimento apresenta uma piora nas condições de vida da maior parte da população, uma vez que a maior concentração de riquezas se dava (e se dá) entre os grupos que detinham (e detêm) o poder. Dessa forma, Costa (2020) explica que a questão social é a expressão da contradição que existe entre o proletariado (classe trabalhadora) e a burguesia (detentores dos meios de produção). Assim, a questão social se expressa nos mais diversos níveis de desigualdade social, como pobreza, fome, desemprego, violência (p. 43) e também questões que, socialmente, foram construídas como individuais, como é o caso do uso de drogas.

Considerando que com a estruturação do sistema capitalista as drogas assumem o lugar de mercadoria, o autor afirma que é fundamental compreender que o tema das drogas não está limitado ao consumo individual, pois também é atravessada pela produção e comercialização delas. Dessa forma, quando falamos sobre a questão das drogas não podemos nos prender aos fatores biológicos, efeitos e danos físicos. Ao falar das drogas também consideramos a pobreza, desigualdade social, exploração capitalista, e seus diversos desdobramentos da questão social.

O fato é que, historicamente, o foco do cuidado em álcool e outras drogas não têm sido o sujeito e os desdobramentos biopsicossociais que implicam e são implicados no uso, mas a substância em si, que é tomada como problema, risco e ameaça à ordem social. Tal lógica se materializa tanto nas políticas públicas quanto nas estruturas formativas, conforme evidenciado na análise dos PPCs, que endossam uma compreensão centrada na droga. A formação em Psicologia aparenta se apropriar desse viés hegemônico, utilizando-o como eixo principal do ensino no campo de álcool e outras drogas, estando em consonância com perspectivas hospitalocêntricas e com práticas de caráter asilar-manicomial.

De acordo com Nunes et al. (2016), o modelo asilar tem como foco a exclusão do indivíduo da sociedade, tutelando-o ao Estado, enquanto o modelo hospitalocêntrico focaliza a doença e os sintomas. Ainda que se trate de matrizes distintas, essas perspectivas se retroalimentam, uma vez que compartilham pressupostos comuns, como a centralização do saber médico, a tutela do sujeito ao Estado, o isolamento social e a abstinência como horizonte central do cuidado.

Esse movimento fica evidente logo nas primeiras legislações sobre drogas no Brasil. Foi na década de 1920, com a promulgação do Decreto nº 4.294, que se instituiu, pela primeira vez, um estabelecimento específico destinado à internação de indivíduos que apresentassem quadros de intoxicação pelo álcool ou por “substâncias venenosas” (s. p.). Tal medida tinha como finalidade “evitar a prática de atos criminosos ou a completa perdição moral” (Brasil,

1921, s. p.), evidenciando desde então a associação entre o uso de substâncias, criminalidade e a moralidade.

Na sequência, já no final da década de 1930, a publicação do Decreto-Lei nº 891 aprofunda e normatiza esse modelo ao estabelecer critérios formais para a execução da internação. O Capítulo III, em seu artigo 27, define que “a toxicomania ou a intoxicação habitual, por substâncias entorpecentes, é considerada doença de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local” (Brasil, 1938, s. p.). Nos dispositivos subsequentes, o decreto proíbe o tratamento em caráter domiciliar, institui a obrigatoriedade da internação por tempo indeterminado, cuja decisão ficava a cargo do juiz, e submete o indivíduo internado às normas do estabelecimento, proibindo sua saída até que o médico atestasse sua “cura”, sem esclarecer, no entanto, o que seria considerado como “cura”.

Nesse caminho, os estabelecimentos hospitalares eram obrigados a comunicar ao Ministério Público todos os casos de internação (Brasil, 1938), consolidando um arranjo institucional que articula, de maneira indissociável, três forças motrizes da política proibicionista brasileira: o Direito, a Medicina e o Estado. Tal configuração diz de um modelo de gestão do uso de drogas marcado pelo controle e pela tutela, no qual o usuário é simultaneamente patologizado e submetido à intervenção estatal.

Nesse trajeto, os PPCs de Psicologia demonstram uma perspectiva próxima a essa que vem sendo construída historicamente pelas leis de drogas no Brasil, uma vez que estabelecem uma correlação com termos como “prevenção”, “diagnóstico”, “formas de tratamento” e “fármacos usados no tratamento da dependência química”. O que se entende é que ainda que a patologização do uso de drogas tenha partido da união de duas forças (medicina e direito), a história da construção da Psicologia brasileira passa por uma constituição que se deu em cima de uma demanda social do sistema capitalista, o que fez com que a Psicologia desprendesse seus esforços para a sua consolidação enquanto ciência. Dessa forma, a construção do saber psi

no contexto latino-americano, especialmente no Brasil, sofreu forte influência de teorias, teóricos e concepções estrangeiras, especialmente advindas dos Estados Unidos e Europa.

Essa influência culminou na estruturação de um saber psicológico que, ao ser importado de outros contextos históricos e sociais, não se pautava na realidade vivenciada pela população brasileira, reproduzindo modelos que não se relacionavam com as necessidades e anseios dessa população. O que ocorreu foi um processo de individualização do sofrimento humano, deslocando para o sujeito responsabilidades de um sofrimento que é produzido por conta da estrutura social e econômica do Brasil.

Assim, a Psicologia passou a operar como um instrumento de adaptação desses indivíduos, numa tentativa de reorientá-los à uma capacidade produtiva, enquanto permaneciam inertes em relação à consciência crítica e de organização comunitária. No campo álcool e outras drogas, com o saber psi reproduzindo e se alinhando a esse projeto científico centrado no diagnóstico e no tratamento da dita “dependência química”, acabou se tornando um instrumento que reforça as formas controle, tornando-se parte daquilo que, em tese, deveria combater, pois, mesmo que estejamos falando do princípio da psicologia enquanto prática, atualmente ela não aparenta ter se modificado tanto em sua maneira de agir quanto na maneira de enxergar indivíduos que fazem uso de drogas.

3.1.2. A Redução de Danos na formação psi

O presente eixo aborda como a RD comparece nos currículos da formação em Psicologia, seja por meio de sua presença explícita ou mesmo em meio à sua ausência. Objetivamos extrair quais sentidos são atribuídos à RD nos PPCs, e a partir de quais aportes teóricos ela é abordada, de modo a compreender como (e se) ela é ensinada na graduação. A partir dessa leitura, emergiram duas categorias: (1) ausência, carência e insuficiência da RD; (2) perspectiva técnico-instrumental da RD.

Antes de partirmos para a exposição das categorias de análise, elaboramos a Tabela 8 com a síntese das menções sobre RD nos currículos, bem como as disciplinas e/ou laboratórios as quais ela está alocada.

Tabela 8

Síntese das menções sobre RD nos documentos

Instituição de Ensino	Disciplinas / Laboratório	Menções sobre RD
Universidade de Brasília (UnB)	Laboratório PRODEQUI	Os projetos são relacionados à prevenção, tratamento e redução de danos , com especial investimento no atendimento a adolescentes e famílias em contexto de vulnerabilidade social.
Faculdade Anhanguera	Disciplina: Temas Emergentes em Psicologia	Aplicações da redução de danos : projetos, consultórios de rua e CAPS AD; Definição e história da redução de danos ; Redução de Danos : Estratégias de prevenção e terapêuticas como aposta ética; Redução de Danos : princípios e características.
Faculdade Brasília (FBR)	Disciplina: Drogadição	O tratamento, o plano de assistência e a rede de cuidado integral para usuários de substâncias psicoativas. A política de redução de danos .
UNIPROJEÇÃO	Disciplina: Psicologia nas Políticas Públicas	RIBEIRO, Maurides de Melo. Drogas e redução de danos : os direitos das pessoas que usam drogas. São Paulo Saraiva. 2013.

UNINASSAU

Disciplina: Psicologia nas
Políticas PúblicasRIBEIRO, Maurides de
Melo. Drogas e **redução de
danos**: os direitos das
pessoas que usam drogas.
São Paulo Saraiva. 2013.

Fonte: elaboração própria a partir dos PPCs analisados

O primeiro conjunto de achados é responsável pela criação da primeira categoria, denominada de “**ausência, carência e insuficiência da RD**”. Ele diz respeito ao não comparecimento da RD nos PPCs analisados, pois, ainda que ela seja mencionada de alguma forma em cinco PPCs, é importante frisar que essa presença se faz em meio a uma lacuna teórica e política, conforme é possível visualizar na Tabela 8, visto que sua menção se dá em um vazio, sem aprofundamento ou sustentação teórico-metodológica.

Isso não pode ser tomado como regra, pois esta pesquisa enfrenta limitações ao se pautar somente nos projetos pedagógicos, não tendo acesso à forma como essa temática pode ser desenvolvida em sala de aula, através da construção entre docentes e discentes. No entanto, a partir dos documentos que temos para acessar essa realidade, nos traz a impressão de que, nesse contexto de carência e insuficiência, quando se abarca a RD, ela comparece de maneira protocolar, técnica e acríica. Essa conjectura fica ainda mais fortalecida quando não se observa demais lastros da RD ou indícios de diálogo e aprofundamento dela/com ela nas próprias disciplinas ou no restante do percurso formativo.

Pode ser também que a abordagem à RD, quando existente, fique à cargo de docentes específicos com interesse nela ou que tenham trajetória com ela. Dizemos isto tomando como exemplo o caso da UnB, em que alguns poucos docentes ministram conteúdos referentes a álcool e outras drogas em disciplinas de “tópicos”, que possuem ementa mais aberta e flexível, e acabam abordando a RD. Mais uma vez, nos deparamos com limitações do método de nossa pesquisa. Contudo, a própria inexistência de disciplinas específicas sobre o tema, com ementas

formalizadas nos PPCs, com a abordagem à temática ficando a cargo de iniciativas pessoais e pontuais, já são achados que coadunam com o que estamos constatando e argumentando. De qualquer forma, esse cenário sinaliza uma insuficiência formativa que tende a esvaziar o potencial ético e político da RD.

Cabe ainda salientar que a ausência ou a *presença ausente* da RD nos PPCs analisados, ao nosso ver, também não é um acaso, quando consideramos o que foi apreendido e exposto anteriormente. Independentemente da concepção que se tem sobre o que é a RD, cuja multiplicidade de sentidos será aprofundada à frente, há um núcleo comum, um conjunto de princípios basilares que tomam a necessidade de se superar a hegemonia biomédica, psiquiatrizante e farmacológica que coloca o indivíduo entre parêntese para centrar-se na droga - e seus componentes químicos - tomando-a como sujeito; ou, quando mira no indivíduo, o concebe como um conjunto de sinapses, reduzindo-o ao seu corpo, à sua fisiologia, quando não ao seu cérebro. Assim sendo, faz sentido o cenário de desconsideração ou minimização da RD nos PPCs, quando as bases e horizontes hegemônicos de compreensão da relação indivíduo-drogas, vão na contramão do que se pressupõe na/pela RD.

Na sequência, nos defrontamos com a perspectiva que mais se evidenciou a partir da análise dos PPCs, e que aparenta ser um reforçador da categoria anterior. O que pudemos observar, é a presença de uma “**perspectiva técnico-instrumental**” da RD, em que ela aparenta ser concebida como um método que possui um conjunto de estratégias a serem aplicadas com pessoas que usam drogas, em contextos específicos de atuação, denotando algo no sentido do “como fazer” e “onde fazer”, como podemos observar na Tabela 8.

Na UnB, isso ocorre, por exemplo, através do Laboratório PRODEQUI, e é listado ao lado de prevenção e tratamento. A RD é enquadrada como uma ferramenta no arsenal de cuidado, e não um paradigma que redireciona a forma de cuidar. O público-alvo são grupos específicos, como adolescentes e famílias em contexto de vulnerabilidade social, reforçando a

ideia de uma técnica a ser aplicada em contextos pontuais, e não como algo que embasa e orienta a atuação profissional. Na Faculdade Anhanguera, a RD compareceu na disciplina de “Temas Emergentes em Psicologia”, em um eixo da ementa intitulado como “Práticas Psicológicas”, o que indica certa apropriação da psicologia pela temática, não no sentido positivo da apropriação, mas como se fosse uma “técnica” de uso dos profissionais de psicologia.

Se a RD vem acompanhada do termo tratamento, voltamos nosso olhar para o uso de drogas (ou dependência) como uma doença, ignorando os fatores biopsicossociais inseridos em cada uso e, principalmente, ignorando que o uso de drogas é mais uma das tantas expressões da questão social. O problema não é a RD vir acompanhada da perspectiva de tratamento, até porque, também a defendemos como estratégia num tratamento em álcool e outras drogas, pois ela é fundamental para que o sujeito estabeleça relações mais saudáveis não só com as drogas, mas também com o mundo que vive, sendo um instrumento que garante acesso a um cuidado mais humanizado, compreensivo, que tem em seu cerne o desenvolvimento da autonomia. A problemática aqui apresentada é a relação da RD - somente - com a lógica do tratamento, estando associada a outras expressões sociais, como a “delinquência juvenil” e “divórcio”. Essa correlação relaciona a RD à um instrumento técnico e é essa relação que limita a sua potência de práxis ético-política. Quanto ao termo “delinquência juvenil”, creditamos nem ser necessário pontuar seu caráter pejorativo, preconceituoso, não devendo ser utilizado.

Apesar dessas lacunas, os documentos apresentam um contraponto, que é a presença na ausência e uma aproximação singela daquilo que defendemos a respeito da RD. Aponta para uma dimensão mais ampliada da RD, trazendo um sentido que transcende a lógica técnica e possibilita nossa aproximação com outras versões de apresentação da RD. Enquanto posicionamento ético, a Faculdade Anhanguera traz essa visão, pois é a única instituição de ensino que a enquadra enquanto “aposta ética”, o que pode nos indicar um olhar mais alinhado

com aquilo que acreditamos e defendemos a respeito da RD, que é justamente um posicionamento ético diante da questão das drogas.

Em segundo lugar, visualizamos um enquadramento político, de modo que a FBR menciona como “a política de redução de danos”, situando-a no campo das políticas públicas. Em terceiro lugar, apresenta-se uma vinculação com a lógica de garantia de direitos, na UNIPROJEÇÃO e UNINASSAU, ela é conectada aos “direitos das pessoas que usam drogas”, embora essa referência seja classificada como complementar, através de Ribeiro (2013), advogado e autor do livro “*Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas*”. Essa referência bibliográfica é utilizada na disciplina de “Psicologia nas Políticas Públicas” em ambas as instituições.

Contudo, a análise dos trechos revela que o sentido da RD nos currículos formativos é fragmentado. Há um predomínio do sentido técnico-instrumental como ferramenta aplicada em contextos específicos (principalmente de vulnerabilidade social) e como possibilidade de se fazer prevenção/tratamento. Por outro lado, visualizamos uma perspectiva mais aproximada de uma proposta ética de RD ou uma política de direitos, que aparece de maneira secundária. A RD, por vezes, é listada no final das ementas ou em bibliografias complementares, indicando uma apropriação (limitada) de seu potencial, a partir de uma lógica da prevenção e tratamento, mais uma vez, à uma perspectiva de resolução do problema das drogas.

Em relação ao primeiro dado apresentado neste eixo, que se refere à ausência da RD nos documentos, consideramos importante pontuar que isso não é exclusividade desta pesquisa. Na verdade, a partir da revisão de literatura realizada para compor esta dissertação (capítulo anterior), localizamos artigos que também abordaram essa ausência, especialmente sobre a insuficiência de ensino sobre RD nas formações de psicologia, que acaba por impactar diretamente a atuação do profissional. Uma das nossas principais conclusões, após análise minuciosa dos artigos, é que a presença da RD nos currículos formativos é praticamente nula

ou protocolar, e os próprios profissionais compreendem essa ausência como uma lacuna na formação, visto que, muitos deles, ao irem trabalhar com a realidade concreta, sentem a dificuldade de atuar com aquilo que foi ensinado na faculdade, considerando haver uma centralidade na prática clínica. Ainda, mesmo nos casos em que se tem algum tipo de conhecimento sobre a RD, ele é permeado de simplificação e esvaziamento (Pires & Ximenes, 2021).

A RD, apesar de ter nascido na Europa, ao chegar no Brasil, assume um lugar particular na realidade brasileira, à medida que vai construindo e ganhando características singulares a partir daquilo que estava sendo vivenciado em nosso território, e também a partir dos desdobramentos sociais que compõe a compreensão da sociedade brasileira em relação ao uso de álcool e outras drogas. Conforme apontamos, as políticas públicas sobre drogas no Brasil foram construídas a partir de experiências e tratados internacionais, e isso acabou direcionando a compreensão sobre esse tema a uma perspectiva proibicionista.

Por isso, ao questionarmos a visão técnico-instrumental presente nos PPCs, nossa intenção não é invalidar a presença dessas técnicas, uma vez que elas se mostram extremamente potentes na construção de um cuidado horizontal e fazem parte da estruturação da RD no Brasil. Nossa crítica dirige-se à priorização desse olhar, que acaba por limitar a abertura para outras discussões fundamentais no âmbito da RD, como o desenvolvimento da conscientização e emancipação dos sujeitos. Ao fim e ao cabo, a crítica aqui feita é também uma defesa: das particularidades adquiridas e forjadas pela RD em nosso país, que dizem também de sua potência.

Para Freire (1980), a conscientização é um processo que se desenvolve a partir da tomada de consciência da realidade concreta, possibilitando que o homem se emancipe dessa realidade, sendo um compromisso histórico-político-social do próprio indivíduo. A tomada de consciência crítica carece de uma educação problematizadora, e nesse sentido, entendemos que

talvez a formação em psicologia esteja sendo somente mais um instrumento de transmissão de valores e atos que reproduzem a ideologia opressora. Se a formação psi. produz profissionais acríticos em relação ao tema álcool e outras drogas, então a presença da RD nos currículos poderia ser um instrumento potente de conscientização, emancipação e transformação dos profissionais e dos usuários, sobretudo no que se refere à relação que estabelecemos com as drogas.

Quando dizemos de emancipação, estamos aqui tratando da emancipação humana, no sentido marxiano. Contudo, é fundamental ressaltar que esta é (e será) produto da ação do sujeito e histórico coletivo, a classe trabalhadora, de romper com as amarras deste modo de produção que o tolhem na sua humanidade, que os alienam, exploram e oprimem. Não se trata, portanto, de algo passível de ser efetivado e conquistado por um ou outro profissional, categoria etc. Isso não impede que o horizonte da emancipação oriente (e fundamente) a práxis profissional. Pelo contrário, afirmamos aqui quanto à necessidade disso, e como a RD pode contribuir para este processo. Porém, as ressalvas são importantes para não imputarmos algo a um profissional ou conjunto de profissionais e categorias que eles/as não são capazes, corroborando processos de culpabilização individual, que mistificam e ocultam as próprias engrenagens e estruturas desta sociabilidade.

Ainda Freire (1987) explica que “práxis” é a capacidade do sujeito de refletir e transformar a realidade de acordo com as finalidades delineadas pelo próprio ser humano. Se os homens não possuem consciência de suas próprias realidades, então seguirão suas trajetórias e estabelecerão relações a partir dessa domesticação (proibicionismo), distanciando-se cada vez mais da essência criadora que faz parte da existência humana. Assim, Freire (1987) se preocupa em tornar o homem consciente de sua capacidade de criar e transformar, e a RD pode ser valiosa para a aproximação dessa transformação, já que ela proporciona que o sujeito

visualize sua história, se dê conta de sua relação - com o mundo, com as drogas, com o outro, consigo mesmo - e modifique-a, a partir de suas possibilidades.

O que estamos querendo abordar aqui, é o fato de que a ausência da RD nos currículos ou a sua menção esvaziada, se alinha a um projeto de perpetuação das estruturas de controle e que, se abordada de maneira ético-político na formação, pode atuar como uma via de mão dupla: de um lado, o profissional é convocado a rever a hegemonia presente nas práticas de cuidado e modificar-se, a partir da conscientização; de outro, o sujeito que usa drogas pode se desvincular de estigmas sociais, reconhecendo-se como protagonista na transformação da realidade em que vive (conscientização para a emancipação).

Outro fator que chamou a atenção nos PPCs, é que as menções a respeito da RD estão sempre relacionadas a uma lógica de prevenção ou de supressão do uso de drogas como estratégias de cuidado e conseqüentemente, de cura. Nesse aspecto, Matos (2023) discute que quando o consumo de drogas considerado problemático é abordado de maneira pragmática, tem como objetivo final devolver o indivíduo em condições de normalidade, mesmo que numa sociedade que constrói o sofrimento e se retroalimenta dele para manter as estruturas de controle e poder. Desse modo, a autora segue sua discussão dizendo que se a RD está voltada para supressão do consumo de drogas, ela está alinhada a uma perspectiva conservadora da sociedade que ancora, por exemplo, a perspectiva proibicionista (e é reproduzida por ela).

A ausência da RD na formação em psicologia, por sua vez, apresenta uma educação que é voltada para a individualização de uma questão complexa, uma perspectiva clínica descontextualizada que está alinhada a uma lógica da adaptação social. Nesse sentido, fazemos o seguinte questionamento: o que se perde quando a RD é reduzida à uma perspectiva técnica-instrumental? Ou mais: o que se perde quando a RD sequer comparece na formação? O fato é que, independentemente se estamos instrumentalizando ou ausentando a RD dos PPCs, perdemos seu caráter ético-político, perdemos sua potência enquanto instrumento crítico ao

proibicionismo, e no meio de todas essas perdas, nos encontramos com um projeto que se torna cada vez mais compatível com o controle e vigilância presentes nas políticas sobre drogas.

A questão aqui é que observamos que a formação em psicologia empreende seus esforços para um ensino que, na verdade, acaba por fortalecer uma perspectiva proibicionista, de estigmatização e patologização do sujeito. Atualmente, a política sobre drogas no Brasil tem sido um campo de disputa, especialmente após o ano de 2019, em que a Lei nº 13.840 retirou a RD da lei de drogas e retrocedeu, no sentido de ter a abstinência como horizonte central de cuidado, priorização das CTs e favorecendo a internação compulsória. Nunes et al. (2016) discute que a política de drogas tem sido pautada em dois vieses, por um lado, o proibicionismo, e de outro, a RD. Costa (2020) traz mais mediações para essa relação, ao apontar que sua dinâmica não pode ser explicada ou compreendida por uma simples dicotomia e maniqueísmo. Se o proibicionismo é o hegemônico e a RD se desenvolve em meio a tal hegemonia, mesmo que contrapondo-a. Nisso, apesar de ser contraditório, podemos ter práticas nomeadas como RD, e que se voltam concretamente para reduzir riscos e danos associado ao consumo problemático de drogas, mas que reproduzem elementos da hegemonia proibicionista.

O que ocorre é que o proibicionismo tem uma construção ideológica no imaginário social muito mais forte do que a perspectiva de RD, já que esta é constantemente relativizada, minimizada, e tida pela sociedade como um instrumento de “apologia às drogas”. Como vimos, ao que tudo indica, a formação em psicologia não tem contribuído tanto para reverter este cenário – ou poderia fazê-lo de forma muito mais empenhada e qualificada. Outra questão que emerge desse vazio é: não estaria ele em consonância com o próprio desenvolvimento da psicologia, ao menos a sua hegemonia, e sua função social de controle e reprodução da ordem? Considerando a história da psicologia em nosso país, a resposta é sim, o que não significa que não há disputa, tensões e contradições, conforme indicam alguns posicionamentos do próprio

CFP (2019), instância máxima de orientação, regulamentação e fiscalização da profissão, que ampara suas referências técnicas para atuação nas políticas sobre drogas na/pela RD.

É por isso que, ao defendermos a presença da RD na formação em psicologia, não estamos defendendo a “academicização” ou a “psicologização” da RD. Também não esperamos que ela seja suficiente para a superação de todos os paradigmas - proibicionista, manicomial, biomédico, e como eles se co-constituem -, mas que sua presença na formação pode ser um instrumento de transformação, inclusive como forma de reduzir danos deixados e causados pela própria psicologia, pelo próprio saber psi, que é hegemônico e perpetua um saber-fazer limitado e enviesado sobre a RD. Ou seja, defendemos que a RD seja concebida pela formação como uma ética profissional, como um aparato que embasa a atuação do profissional no campo álcool e outras drogas, visando a desvinculação da lógica drogas X problema, como se as primeiras fosse *males em si*.

Desse modo, sua presença nos PPCs não é suficiente para que ela seja trabalhada em toda sua magnitude. É preciso uma discussão que saia da visão técnica-instrumental e vá para o outro campo da RD, que, como discutimos, tem potencial de ser conscientizadora e emancipatória. Isso porque, para Freire (1980), é só a partir da tomada de consciência que o sujeito tem a possibilidade de superar a opressão, e nesse caso, a RD pode ser considerada um instrumento na superação da opressão causada pelo paradigma proibicionista.

3.1.3. Relação Psicologia e Drogas

Este eixo de análise foi criado com o objetivo de identificar e compreender como a formação em Psicologia do DF aborda a questão das drogas, abarcando de que maneira ele é apreendido e representado, buscando evidenciar perspectivas teóricas e práticas que são privilegiadas no processo formativo. A partir dos dados levantados, se revelou uma diversidade de enfoques distribuídos em diferentes áreas da atuação profissional, mas em meio a essa

diversidade de contextos e abordagens, percebe-se a presença de um saber que é hegemônico, que parte da própria Psicologia em consonância com o proibicionismo.

Procurando extrair os sentidos que circundam a formação psi e o campo álcool e outras drogas, a partir da análise dos documentos, emergiram duas categorias de análise: (1) perspectiva clínica; (2) drogas, psicologia e contextos. Essas categorias, por sua vez, expressam conjuntamente, diferentes modos de significar as drogas e distintas concepções a respeito delas, de modo que os PPCs apresentam o que se ensina sobre drogas, como esse conteúdo é abordado e a quais projetos de sociedade a formação psi se aproxima e se relaciona.

Antes de partirmos para as categorias de análise, um ponto a ser analisado se refere às abordagens teóricas predominantes nos PPCs. Observa-se uma clara centralidade de referenciais teóricos voltados à Análise do Comportamento e à Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC). Tal predominância se expressa tanto na bibliografia indicada nas disciplinas, destacando produções como Sobell e Sobell (2013) e Zanelatto (2018), quanto na própria organização das disciplinas curriculares, de modo que as instituições dispõem de laboratórios e disciplinas voltadas para os estudos comportamentais e impactos das drogas sobre o comportamento humano. Além dessas abordagens, identificou-se também a presença da psicoterapia familiar sistêmica e psicoterapia de grupos.

Em contrapartida, não localizamos menções a abordagens como Psicanálise, Fenomenologia-Existencial, Psicologia Histórico-Cultural ou a outros referenciais não hegemônicos no campo da Psicologia, o que evidencia uma limitação na compreensão da questão das drogas, pois este volta-se somente aos fatores cognitivos e comportamentais. Buscando evitar qualquer tipo de ruído, não estamos aqui fazendo uma batalha contra determinados referenciais teórico-práticos da/na psicologia. Nosso questionamento diz respeito à presença de apenas alguns (poucos). Uma vez mais, os achados encontrados convergem com o cenário formativo em psicologia nacional e geral, no qual a falta de diversidade teórica,

constitutiva da própria psicologia - e que dizem também da necessidade de uma formação generalista -, tem sido apontada como uma lacuna formativa (Bado et al., 2025) e que tende a se desdobrar em práticas também lacunares.

A primeira categoria a qual discutiremos aqui, é a “**perspectiva clínica**”. Quando falamos sobre “clínica” em relação ao tema das drogas, não tratamos, simplesmente, do contexto clínico de consultório. Na verdade, o termo “clínica” comparece nos documentos de maneira pontual, possuindo somente três menções. As citações desse termo se fazem presente em três instituições: UnB, através do Departamento de Psicologia Clínica; UCB, através da disciplina de “Toxicologia”, tratando da “toxicologia clínica dos principais grupos de agentes tóxicos”, onde as drogas são um desses grupos; e na UNIPROJEÇÃO, a partir de uma referência bibliográfica complementar (Figlie & Payá, 2012) na disciplina de “Psicologia em Grupos Humanos”.

O que aqui chamamos de perspectiva clínica é aquilo que está intrínseco nos demais componentes curriculares, referências bibliográficas, departamentos e laboratórios que compõem as instituições, ou seja, o viés de prevenção, tratamento e cura presentes nos documentos. Podemos notar que aparentemente existe uma concepção hegemônica que circunda a formação em Psicologia do DF, de modo a ser direcionado nos PPCs, que é um ensino voltado para o tratamento, assistência, terapia, diagnóstico e prevenção, o que nos remete à uma perspectiva biomédica (nas especificidades da psicologia) que embasa os conteúdos ensinados nos documentos. Resguardadas as especificidades locais, temporais/contextuais e as do próprio objeto de estudo aqui abarcado, os achados vão na direção da crítica de Yamamoto (1987), que já possui tanto tempo quanto mantém sua validade: como a psicologia reproduz o *modus operandi* da psiquiatria por meio da clínica. Mesmo que haja uma ou outra modificação, elas não alteram a essência da coisa, inclusive o formato autônomo-liberal, sendo o carro-chefe histórico da profissão. Também existem referências

bibliográficas que apontam para esse direcionamento como Sobell e Sobell (2013), Diehl e Figlie (2014) e Zanelatto e Laranjeira (2018). Conforme podemos visualizar na Tabela 9, a seguir.

Tabela 9

Síntese dos achados referentes à “perspectiva clínica”

Instituição de Ensino	Disciplinas / Laboratórios	Menções sobre a perspectiva clínica
Universidade de Brasília (UnB)	Laboratório: PRODEQUI	Os projetos são relacionados à prevenção, tratamento e redução de danos
Faculdade Anhanguera	Disciplina: Psicofarmacologia; Disciplina Específica II - Ênfase A ou B	Fármacos usados no tratamento da dependência química do álcool; Identificação e tratamento; Alcoolismo no trabalho; estratégias de tratamento
Faculdade CCI	Disciplina: Dependência Química	Diagnóstico; Prevenção e formas de tratamento;
Faculdade Brasília (FBR)	Disciplina: Drogadição	O diagnóstico e a influência ou impacto do uso de substâncias psicoativas sobre o indivíduo; O tratamento, o plano de assistência e a rede de cuidado integral para usuários de substâncias psicoativas

Fonte: elaboração própria a partir dos PPCs analisados

Na sequência, a segunda categoria chamada de “**drogas, psicologia e contextos**”, aborda a multiplicidade de contextos trabalhados na formação em psicologia no campo álcool e drogas. Nessa categoria, agrupamos os contextos de adolescência, famílias, povos indígenas,

organizacional e políticas públicas. Ainda que sejam contextos totalmente diferentes entre si, possuindo suas especificidades, consideramos agrupá-los em uma única categoria analítica, pois não identificamos diferenças substantivas na perspectiva adotada pelos PPCs. Um achado que já chama atenção é a própria diversidade da psicologia e a abrangência de suas inserção e atuação. Contudo, essa diversidade nos faz voltar a um questionamento anterior, sobre como ela não se expressa também enquanto diversidade teórico-prática.

Essa concepção se apresenta a partir das disciplinas e ementas em que esses temas são alocados, existindo uma centralização nos impactos negativos causados pelo uso de drogas a esses públicos. São associações entre uso de drogas e “delinquência juvenil”, dilemas da adolescência, uso de álcool na adolescência, impactos familiares, assistência à saúde de povos indígenas, estudo a respeito das causas e efeitos do consumo excessivo de álcool entre povos indígenas, drogadição e alcoolismo no trabalho, e a presença de menção a políticas públicas como saúde, educação, assistência social e segurança pública. A Tabela 10, a seguir, sistematiza e apresenta isso.

Tabela 1010

Síntese dos achados referentes à categoria “drogas, psicologia e contextos”

Instituição de Ensino	Disciplinas / Laboratório	Menções sobre drogas, psicologia e contextos
Universidade de Brasília (UnB)	Laboratório: Laboratório PRODEQUI; Família, Grupos e Comunidade	Drogadição em diferentes contextos: saúde, educação, justiça, assistência e segurança pública; Impacto sobre a família de variáveis tais como a drogadição, delinquência juvenil;
Faculdade Anhanguera	Disciplinas: Terapia Familiar Sistêmica; Adolescência e Juventude no Século XXI; Disciplina	Família e dependência química; Dilemas da adolescência; A

	Específica II - Ênfase A ou B; Interdisciplinaridade na Atenção à Saúde de Povos Indígenas	adolescência e o uso de álcool e drogas; Drogadição e trabalho, drogadição no trabalho, alcoolismo e trabalho, alcoolismo no trabalho; Causas e efeitos do consumo excessivo de álcool entre indígenas
Faculdade de Brasília (FBR)	Disciplina: Drogadição	Compreendendo a complexidade do problema: papel da sociedade, da escola, da família e da mídia
UNINASSAU	Disciplina: Psicologia das Relações Familiares	Dramas familiares: drogas, violência, pobreza, desemprego, alcoolismo

Fonte: elaboração própria a partir dos PPCs analisados

A profissão de psicólogo no Brasil foi regulamentada em 1962, a partir da promulgação da Lei nº 4.119, pouco tempo antes do golpe e da instauração do regime militar, que ocorreu em março de 1964. Desde esse período, a formação em psicologia vem crescendo e de acordo com Azevedo et al. (2023), atualmente se configura como um dos cursos de maior procura nas instituições de ensino públicas e privadas, de modo que, segundo infográfico atualizado diariamente no site do CFP, no momento da escrita dessa dissertação, atualmente existem 574.130 psicólogos com registro ativo no país. Conforme dialogado por Azevedo et al. (2023), existem relações hierárquicas estabelecidas na psicologia, bem como uma hegemonia entre diferentes abordagens teóricas, que, embora possam se diferenciar de curso para curso, se mantém de maneira semelhante nos currículos formativos e impactam diretamente na formação do profissional, direcionando a postura que este irá adotar em sua prática.

Considerando o período histórico em que a profissão foi regulamentada e o Sistema Conselhos foi estruturado, entende-se que o projeto da psicologia enquanto ciência e profissão

esteve diretamente ligado com a “intenção de conciliar o interesse da Psicologia emergente no país em atender às demandas sociais por uma atividade avaliativa e adaptadora com a necessidade de controlar e disciplinar as práticas psicológicas” (Amendola, 2014, p. 974). A lógica adaptativa da profissão se explicita a partir do Capítulo III, Art. 13 da lei de regulamentação, em que vemos a exclusividade do uso de testes psicológicos, e as seguintes funções privativas da psicologia: diagnóstico psicológico, orientação e seleção profissional, orientação psicopedagógica e solução de problemas de ajustamento (Brasil, 1962).

Apesar de inúmeras mudanças na lei de regulamentação da psicologia, com vetos, exclusões e inserções, o referido artigo se mantém inalterado. Ele demonstra o quanto o saber psicológico foi convocado a desempenhar um papel alinhado a projetos de normalização e controle social, mobilizando recursos técnico e científicos voltados à adaptação dos indivíduos e exigências do sistema vigente (ditadura militar), orientação que se expressou, inclusive, na configuração dos currículos de formação acadêmica. As formações priorizavam a oferta de disciplinas de caráter profissionalizante, evidenciando que a psicologia se organizava a partir de uma perspectiva tecnicista, centrada na produção de resultados por meio da aplicação de técnicas e instrumentos próprios do campo psicológico (Amendola, 2014).

Nesse aspecto, Azevedo et al. (2023) explicam que “saber hegemônico” na psicologia é compreendido como práticas que enfocam a prática clínica elitizada e adaptacionista, em que temas como desigualdade, desemprego, fome, pobreza, dentre tantas outras expressões da questão social são abordadas de maneira descontextualizada, ou seja, individualizando e psicologizando desdobramentos que são de ordem social. Esta característica é também apreendida e denunciada em vários trabalhos clássicos sobre a profissão no país, que criticam a sua função social de reprodução da ordem e seu caráter elitista, como, por exemplo: Botomé (2010); Coimbra (2004), Mello (1975); dentre outros. Assim, Amendola (2014) aborda que a formação psi se tornou uma mercadoria e tem servido como um instrumento de adestramento

de futuros profissionais, pois percebe-se que os currículos priorizam abordagens e técnicas que não se articulam verdadeiramente à realidade vivenciada na América Latina, pontuando a necessidade de rever as relações de poder estabelecidas com a própria psicologia.

Considerando a lógica de domesticação de pessoas e adestramento dos profissionais, Barbosa e Bicalho (2014) evidenciam que as políticas proibicionistas produzem demandas específicas ao saber psicológico, denominadas pelos autores como “encomendas” (p. 232). Essas encomendas, por sua vez, se configuram como expectativas institucionais que convocam a psicologia a atuar na individualização de uma problemática estrutural. Nesse sentido, o saber psi é frequentemente acionado para produzir diagnósticos, laudos e pareceres que legitimam práticas de controle, como internações compulsórias e exames criminológicos, reforçando a lógica dicotômica entre “usuário”, compreendido como sujeito incapaz, e “traficante”, construído como inimigo social e criminoso.

O que estamos tentando demonstrar é que não se trata de um acaso que a hegemonia dos saberes (e fazeres) expressos na formação em psicologia sobre a relação indivíduo-drogas tomem as substâncias num sentido estritamente negativo, como se fossem um *mal em si*. É justamente por este prisma que a psicologia será convocada a “explicar” a relação com as drogas e “atuar” nela/com ela, servindo ao mesmo tempo de cimento ou argamassa ideológico para um *modus operandi* coercitivo, segregador, manicomializante e proibicionista.

Se ela não chega a este(s) extremo(s), ao menos justifica e fundamenta interpretações e práticas medicalizantes, (psico)patologizantes, isto é, que coisificam os indivíduos, tomando as drogas como sujeitos. Eis mais um dos motivos (implícitos) para uma presença tão marcante da clínica e uma ausência igualmente marcante da atuação nas políticas sociais, em contexto sociocomunitários e de uso, junto aos usuários, com movimentos sociais etc. Da mesma forma, a psicologia “suja as mãos” como profissão, que busca materializar o que ela mesma conceitua, explica, justifica etc., conformado um círculo vicioso, de retroalimentação e de autojustificação

da própria psicologia. Por exemplo, segundo Reis (2020), nem sempre a psicologia se apropriou da discussão sobre o uso de álcool e outras drogas. Para a autora, a aproximação desse campo do saber com o tema está relacionada a interesses econômicos, políticos e culturais, além de estar intimamente inserida em formas de manutenção do poder.

Neste sentido, compreendemos que o envolvimento da psicologia com a temática das drogas, voltado à defesa dos interesses capitalistas e seu caráter opressivo, exploratório, em suma, violento, transparece nas duas categorias de análise elencadas, a despeito das diferenças entre elas. Isso porque localizamos uma centralização na concepção biomédica do uso de drogas, bem como na lógica de problema. Essa lógica aparece nos PPCs através de associações entre prevenção, tratamento e cura, indicando, por trás disso, a triangulação entre drogas - problema - doença.

Essa ênfase tende a reforçar uma lógica preventivista e moralizante, ao apreender o uso de drogas a partir de um único enquadramento, o de problema - tomando a substância como o sujeito da relação, de modo que se descaracteriza o sujeito, sua condição social e histórica e concretude multiplamente forjada e determinada. Tal perspectiva desloca o debate das condições estruturais que atravessam diferentes experiências em diferentes contextos, como a desigualdade social, racismo, violência, trabalho, e desloca para o âmbito individual, produzindo uma leitura que responsabiliza o sujeito pelo uso. Essa é uma contradição gritante, aliás: o sujeito só é realmente tido como sujeito para ser culpabilizado. Mesmo assim, sua condição de sujeito continua assujeitada, já que a droga, agora em seu organismo, continua a ser o agente, ou seja, o ente que age. A agência humana, quando aparece, foi somente para consumir o sujeito que agora irá dominá-lo e assujeitá-lo agora “por dentro”

A partir do desenvolvimento da psicologia como ciência e profissão, isto é, campo do saber-fazer, observa-se a consolidação de uma lógica individualizante, em que questões de ordem social se tornam questões de ordem individual. Conforme problematizam Nardi e Silva

(2004), a psicologia se constituiu articulada a tecnologias disciplinares e normalizadoras, contribuindo para a produção de uma subjetividade privatizada, de modo que comportamentos e sofrimentos passam a ser compreendidos como questões meramente individuais. Segundo Yamamoto (1987), a psicologia só pode ser compreendida na sua concretude, como uma ciência subordinada ao capital, nos marcos da divisão social e técnica (que também é acadêmica) capitalista. Sua gênese, aliás, é bastante denunciadora: o contexto e processo de desenvolvimento e consolidação do modo de produção capitalista na Europa Ocidental.

Não queremos dizer com isso que a psicologia, que os cursos analisados, seus corpos docentes, gestores e discentes são maus, mal-intencionados, que são más pessoas e afins. O debate aqui não está na esfera moral. A questão que paira é que as ausências e presenças, lacunas e contradições encontradas não são ocasionais, dizendo também do que a psicologia tem sido e do que ela não tem sido, em consonância com o que temos concebido sobre as drogas, como temos hegemonicamente agido e, dialeticamente, o que não temos feito. É a partir desta síntese que podemos edificar o que ela pode ser, no que se refere à apropriação da RD e relação com ela.

No campo de álcool e outras drogas, essa lógica se expressa na centralidade do modelo biomédico e na leitura do uso como patologia, desconsiderando a ideia de que esse uso se caracteriza como uma expressão da questão social. Assim, ao focar os estudos somente no indivíduo, acabamos por perder uma camada fundamental na discussão do campo, que são os fatores que levaram a esse uso. Em cada um dos contextos abarcados pelos PPCs, o uso se expressa de uma maneira diferente. Então por que a formação em psicologia aborda de maneiras iguais? Se o uso de álcool pela população indígena se expressa de uma maneira específica, por que é colocado na mesma seara do uso entre adolescentes ou entre trabalhadores?

Essas perguntas podem ser respondidas através de uma revisão de literatura realizada por Costa e Paiva (2016), em que o objetivo dos pesquisadores foi compreender como o tema álcool e outras drogas é concebido pelos profissionais de saúde, a partir da produção acadêmica. De acordo com os resultados da revisão, observou-se que as concepções mais preponderantes entre os profissionais de saúde estão voltadas para o modelo biomédico, perspectivas morais e estigmatizantes e naturalização do uso de drogas. Conseguimos identificar as três categorias através dos PPCs, conforme veremos a seguir.

Em relação ao modelo biomédico, percebeu-se que os profissionais entendem o uso de drogas como um problema de saúde pública e despendem esforços para lidar com os prejuízos causados à saúde das pessoas. Assim, o uso de drogas é visto principalmente como uma doença crônica, sem cura, em que todos os usuários são tidos como dependentes. Além disso, existe uma ênfase dada pelos profissionais aos aspectos biológicos em detrimento das questões sociais, dado que corrobora com aquilo que identificamos a partir da análise dos PPCs ou mesmo com os resultados da nossa revisão de literatura (capítulo 2). Nesse sentido, os autores ainda apontam que o foco do tratamento é sempre pautado no modelo biomédico, tendo a abstinência como horizonte ideal em todos os casos (Costa & Paiva, 2016).

Na nossa análise dos PPCs, percebemos que um dos contextos com maior ênfase nos documentos é o de adolescência / família, aspecto também abordado por Costa e Paiva (2016), em que trouxeram que os determinantes sociais que impactam o uso de drogas geralmente vêm acompanhados da família, “numa perspectiva de superresponsabilização” (p.1.019). Concordamos com esse apontamento, pois, ao que parece, é que só a família é responsável por lidar com os desdobramentos do uso de drogas, ignorando quaisquer outros aspectos envolvidos na questão das drogas.

No que se refere ao segundo achado da revisão, Costa e Paiva (2016) trazem que um dos principais pontos de estigmatização dos usuários se refere à concepção dos profissionais

de que o uso de drogas é sempre tido como algo errado e danoso, algo que também podemos observar a partir da leitura dos PPCs, pois, ainda que sejam abordados nos documentos diversos contextos de atuação do profissional psi., as drogas em si são vistas e tidas como geradoras de problemas, tanto na família, quanto na adolescência, contexto organizacional, contexto indígena, etc.

Por fim, Costa e Paiva (2016) discutem a respeito da naturalização do uso e do usuário de drogas. Os autores trouxeram que, além dos usuários serem tratados de forma única e cristalizada, ocorre também “um processo de homogeneização das análises, intervenções e, conseqüentemente, dos usuários, desconsiderando suas singularidades e necessidades” (p. 1.021). Essa ponderação se relaciona com as perguntas que fizemos alguns parágrafos acima, e faremos novamente aqui: como conceber de maneiras iguais, contextos que possuem tantas particularidades entre si? Ao que parece, é que essa forma não se presentifica somente nos documentos analisados nesta dissertação, mas também na prática e no olhar dos profissionais a respeito do uso de drogas. Ao que tudo indica, também não se trata de uma exclusividade da psicologia, cabendo aos demais campos do saber-fazer da saúde, ou de interface com ela, realizar suas respectivas autocríticas.

Citamos outro estudo que corrobora os achados aqui apresentados e as críticas à formação em psicologia. Trata-se de uma revisão da literatura, que analisou produções da psicologia em periódicos com Qualis A1 e A2, de 2007 a 2020, e constatou o seguinte:

A produção científica da Psicologia brasileira tem tratado o fenômeno do uso de drogas de maneira dicotômica e causalística. Por um lado, concebe os problemas em relação ao consumo por meio de uma cisão entre drogas, indivíduos e seus contextos socioculturais. Por outro, compreendem o fenômeno de modo que a droga passa a ser causa e/ou consequência dos problemas gerados nos indivíduos e na sociedade. Assim, retroalimentam o que a sociedade reproduz nos seus discursos em relação ao consumo

de substâncias. Tais dicotomias produzem um discurso fundamentado nos juízos de valor e em compreensões moralistas sobre o fenômeno do uso das drogas (Qunideré et al., 2024, pp. 14/15).

Assim, percebemos que o foco da atuação psi tem se dado na prevenção e no tratamento, reforçando uma ideia adaptacionista do sujeito, em que somente um caminho é traçado pela psicologia no campo álcool e outras drogas. E aqui abrimos outra questão: a psicologia tem atuado como promotora da garantia de direitos ou como um agente de disciplinarização das condutas? Ao que conseguimos abarcar via literatura acadêmica, o Sistema Conselhos (CFP e CRPs) têm feito alguns esforços para a desmistificação do uso de drogas, visando o redirecionamento da prática psi. para campos mais amplos, e não somente focados na clínica individual. Um exemplo é a referência técnica já mencionada para psicólogos que atuam nas políticas sobre drogas (CFP, 2019).

Conforme Pombo-de-Barros e Fernandez (2012), o campo teórico-prático da psicologia é diversificado, e a inserção dos profissionais nas políticas públicas deu-se pela via da saúde mental, expandindo-se para os âmbitos da formação, gestão e direção de serviços, nos três níveis de complexidade do SUS. O uso de drogas se consolida como um ponto de articulação entre saúde pública e psicologia, na medida que lida com o tema ultrapassando a dimensão individual estabelecida pela própria psicologia, exigindo abordagens que considerem seus determinantes políticos, sociais e culturais.

No que concerne especificamente ao uso de drogas, a realização de um Fórum promovido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 2006, resultou no estabelecimento de critérios para a atuação profissional. Esses critérios envolvem, por um lado, a fiscalização das práticas desenvolvidas pelos profissionais junto a usuários de drogas, e por outro, a disseminação de referenciais teóricos e técnicas alinhadas à perspectiva da RD, contribuindo para o fortalecimento dessa lógica de cuidado. No Fórum, foi produzido um relatório

evidenciando a preocupação do Conselho relativas à formação profissional, defendendo o princípio da educação permanente em saúde e estimulando a articulação de diferentes políticas públicas. Nesse sentido, o CFP enfatiza a necessidade de:

desenvolver profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade, a fim de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde e poder constituir práticas profissionais críticas, éticas e humanísticas (CFP, 2006, p. 15 citado em Pombo-de-Barros, 2012, p. 217).

Além do que ficou estabelecido a partir desse Fórum, o Centro de Referência Técnica em Políticas Públicas (CREPOP) possui uma gama de referências técnicas para atuação do profissional psi no campo das políticas públicas, e algumas delas estabelecem critérios importantes para a atuação com o público-alvo dessas políticas. No entanto, um primeiro ponto a ser abordado em relação a elas é que elas sequer comparecem nos documentos analisados nesta dissertação. Uma sugestão basal, portanto, é que os cursos de psicologia do DF trabalhem nas suas disciplinas, ao menos nas relacionadas às drogas, as RTs produzidas pelo CFP que versam sobre o tema e buscam orientar a profissão.

Do mesmo modo, observamos que as políticas públicas, de modo geral, aparecem de maneira esporádica e pouco aprofundada. Somente duas instituições citam políticas públicas em seus projetos, sendo que o CAPSad e o Consultório na Rua foram os únicos serviços citados dentro desse campo, além do mais, as referências técnicas também não são mencionadas, nem nas ementas, nem como referencial bibliográfico. Essas ausências se chocam ainda mais com uma realidade em que avança o assalariamento de psicólogos, tendo as políticas públicas como alguns de seus principais espaços de empregabilidade (Guareschi et al., 2022). Por exemplo, só no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), para fugirmos um pouco do SUS, estima-se que tenhamos algo entre 25 e 30 mil psicólogos empregados (Macedo et al., 2022). Dessa

forma, a ausência ou *presença ausente* das políticas públicas nos materiais analisados vão na contramão até mesmo de necessidades mais prementes da formação.

As referências técnicas para atuação em políticas públicas de álcool e outras drogas realizam um “letramento” no sentido de como o profissional deve direcionar seu olhar e sua prática para essa demanda. Ela realiza uma trajetória a respeito da elaboração das políticas públicas nesse contexto e quais foram as influências sociais para que elas fossem construídas, trazendo a respeito da lógica racista presente em nossa sociedade, demarcando o compromisso da psicologia com a luta antimanicomial, com a defesa e promoção dos direitos humanos, bem como com o cuidado em liberdade, partindo dos princípios propostos pela redução de danos e da Reforma Psiquiátrica (CFP, 2019).

Ainda assim, a formação em psicologia, ao menos em sua hegemonia, demonstra estar atuando na contramão da Reforma Psiquiátrica, à medida que, seu ensino orienta profissionais para atuarem através de um viés proibicionista e distanciado da redução de danos. Percebemos que os resultados do DF não convergem ao que é proposto pelas referências técnicas ou pelo que é defendido pelo próprio conselho profissional. Fica como sugestão ao Conselho Regional de Psicologia 01/DF, pensar em iniciativas de diálogo com as instituições de ensino, objetivando fortalecer a formação a partir da RD, ao mesmo tempo que possibilitando espaços de formação e educação permanente e continuada para os profissionais, que possam dirimir algumas das lacunas formativas apreendidas.

Esse cenário se torna ainda mais problemático quando, num contexto de avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no DF e no país, a psicologia é convocada justamente para chancelar e materializar alguns dos retrocessos desta dinâmica. Citamos o exemplo das CTs como carro-chefe da Contrarreforma Psiquiátrica. Qual é a profissão de nível superior mais presente nelas? Segundo estudo do IPEA (2017), é a psicologia. No DF, isso não é diferente, inclusive com inúmeras denúncias de violências, chegando a dezenas de mortes em tais

instituições (Psicologia e Ladinidades, 2025). Não temos a ingenuidade de pensar que uma formação em psicologia mais sólida e comprometida ético-politicamente, a partir das mediações e possibilidades da RD, irá prevenir ou findar essa realidade. Contudo, a própria existência dela e a sua marcha expansiva torna os achados da presente pesquisa ainda mais preocupantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta dissertação, buscamos analisar e compreender a formação em psicologia do Distrito Federal, no que tange à Redução de Danos, no âmbito das políticas e demais iniciativas sobre álcool e outras drogas. Especificamente, a pesquisa teve como objetivo verificar de que maneira essas temáticas comparecem (ou não) nos Projetos Pedagógicos de Curso (PPCs) de nove instituições de ensino superior, públicas e privada, bem como apreender os sentidos e concepções atribuídos ao uso de álcool e outras drogas no âmbito da formação profissional em psicologia.

Para alcançar esses objetivos, realizamos uma análise documental dos PPCs, compreendendo que, embora se trate de documentos que não esgotam a complexidade da realidade formativa, eles expressam aquilo que é oficialmente legitimado enquanto saber, técnica e prática a serem ensinados durante a graduação, além de expressarem aquilo que está como hegemônico na sociedade em relação ao tema: o proibicionismo e a lógica manicomial. Nesse sentido, os PPCs se configuram como importantes dispositivos de fortalecimento de concepções teóricas, éticas e políticas que orientam a atuação profissional, funcionando como instrumento de formalização daquilo que é ensinado na graduação.

Realizamos um percurso histórico, retomando os paradigmas proibicionista, manicomial e psicossocial, o que possibilitou compreender como se estruturam as práticas de cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil, bem como a construção das políticas públicas e dos marcos legais que sustentam essas práticas até a atualidade, na faceta da contrarreforma psiquiátrica. A partir dessa análise, evidenciamos que a formação em psicologia, da maneira que se expressa nos documentos analisados, tem operado como uma engrenagem de sustentação desses aparatos históricos, sobretudo do proibicionismo e da lógica manicomial, ainda que sob novas roupagens, como é o caso do “cuidado” realizado em

Comunidades Terapêuticas (CTs). Desse modo, ao invés de se afirmar como uma profissão comprometida com a libertação e emancipação dos sujeitos, a formação em psicologia acaba, em muitos casos, por cristalizar formas desumanizadas de cuidado, reforçando leituras individualizantes e patologizantes do uso de drogas. Com isso, conforme desenvolvido no trabalho, não estamos inocentemente acreditando que a psicologia *per se* deve ser ou é libertadora e emancipadora; mas que, mesmo não sendo, nas suas limitações e contradições, este deve ser o seu horizonte, interpelando-a e implicando-a na sua efetivação.

Os PPCs analisados explicitam um projeto de formação que privilegia a atuação profissional orientada por concepções psiquiatrizantes, moralistas e que tendem a sustentar o proibicionismo, nas quais o usuário é compreendido como o errado, e a droga, como o problema, sendo ela o foco central da intervenção, e não as mazelas sociais que influenciam a relação ser humano-drogas. Essa perspectiva invisibiliza as singularidades dos sujeitos, as determinações sociais do uso de drogas e as dimensões políticas, econômicas e culturais que atravessam essa temática. Observa-se, ainda, um predomínio de uma lógica individualista, em que o uso de drogas é deslocado de seu contexto social, reforçando práticas de controle, adaptação e normalização das condutas.

Destaca-se, nisso, a própria falta de transparência, com omissão de informações fundamentais sobre os cursos e a formação em psicologia – cuja disponibilização é assegurada por leis. Nesse cenário, chama ainda atenção outras ausências, como: as das políticas sociais, como o SUS e as RAPS, o SUAS, dentre outras, inclusive como campo privilegiado de inserção e trabalho psi; e das referências técnicas da psicologia, uma vez que os documentos sequer mencionam a existência delas. Do mesmo modo, o Código de Ética e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação em psicologia parecem não serem seguidos, uma vez que visualizamos uma formação que se alinha a paradigmas criminalizantes e estigmatizantes. Esse alinhamento, implica na desconsideração de princípios fundamentais da

atuação do profissional psi, como os direitos humanos, o cuidado em liberdade e, claro, a redução de danos.

No que se refere especificamente à redução de danos, os resultados apontam para uma ausência e uma presença marcada pela ausência. Embora o termo seja mencionado em alguns cursos, essa menção ocorre de maneira pontual, proforma, descontextualizada, acrítica e restrita a um viés tecnicista. Desse modo, entendemos que associar a redução de danos somente à lógica da prevenção ou somente a perspectiva de que ela é um instrumento a ser utilizado em casos específicos (uso de drogas) e contextos específicos (saúde) é despotencializar aquilo que ela tem de mais potente: a compreensão do ser humano como ser social e histórico – bem como a sua relação com as drogas -, a participação comunitária nas decisões políticas e na própria produção de vida, o desenvolvimento e fortalecimento da autonomia, conscientização do sujeito e emancipação.

Nesse sentido, ao defendermos a presença da redução de danos na formação em psicologia, não estamos operando por uma perspectiva corporativista, ensimesmada. O que estamos defendendo é a construção de uma práxis que seja baseada na defesa dos direitos humanos, na conscientização e emancipação, termos cunhados por Paulo Freire e que consideramos fundamentais quando o assunto se refere à RD. Percebe-se, ao longo das leituras e escritas, que o Estado tem tido apenas um objetivo ao criminalizar e proibir o uso de drogas: condenar e mortificar, por meio de processo de caráter nítido de classe e racista, determinados sujeitos que as utilizam ou que são associados com elas, mesmo que concretamente não tenham tal relação. A RD, por sua vez, se mostra necessária, não apenas no que diz respeito à relação com as drogas em si, mas especialmente na humanização dos profissionais de saúde, que atuam visando o desenvolvimento e fortalecimento da autonomia daqueles que fazem uso de drogas e que possuem algum tipo de necessidade assistencial em decorrência desse uso.

Conduitas manicomiais, racistas e proibicionistas já existem e são hegemônicas em nossa sociedade. Podemos desenvolver e/ou fortalecer um novo paradigma em saúde mental, álcool e outras drogas que vai na contramão disso?

A presença da RD na formação em psicologia pode ser um caminho importante para traçar esse novo caminho. De forma alguma visamos a “academicização” ou “institucionalização” da RD. No entanto, compreendemos que sua presença na formação psi. pode ser um canal importante para reduzir os danos da própria psicologia e do saber psicológico, que segue arraigados a uma hegemonia de saberes, perpetuando práticas e lógicas que não respondem mais à realidade vivida pelas pessoas que usam drogas no Brasil. Contudo, para que essa relação (psicologia e RD) se dê da melhor forma possível, é fundamental que a própria psicologia realize um profundo exercício de autocrítica, de modo a não instrumentalizar a RD para continuar com práticas hegemônicas de controle, de violência, só com uma roupagem a partir da RD.

No que tange à formação em psicologia no DF, consideramos fundamental relembrarmos a história do DF no que se refere às maneiras de lidar com a saúde mental, álcool e outras drogas. Conforme dialogamos anteriormente, hoje a capital federal é representativa de diversos retrocessos e cristalizações das práticas manicomiais e hospitalocêntricas, de privatização, mercantilização e desmonte das políticas sociais, do avanço reacionário, conservador e fundamentalista, uma vez que mantém um hospital psiquiátrico público em pleno (e ilegal) funcionamento, possui diversas comunidades terapêuticas e apresenta o segundo pior cenário do Brasil no que diz respeito à rede substitutiva de cuidado, a RAPS, e seu nível de atenção especializado, com os CAPS.

Diante desse contexto, torna-se ainda mais imprescindível que a formação em psicologia, especialmente no DF, dialogue e aprenda com a RD, em meio ao resgate sua história, seja ela a história passada ou o passado que se faz presente no aqui e agora. Percebe-

se que a formação está fortemente atrelada a concepções hegemônicas e, por isso, é importante retomar e problematizar as formas pelas quais o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas foi e ainda é construído neste território. A formalização de disciplinas nos cursos de graduação em psicologia sobre as RD e a atenção psicossocial na saúde mental, álcool e outras drogas, bem como o desenvolvimento de projetos de pesquisa, extensão e estágio nesta direção, em consonâncias às políticas sociais (SUS e RAPS, SUAS e demais), seus usuários, profissionais e aos movimentos sociais antiproibicionistas e antimanicomiais são pontos de partida necessários para a reversão deste cenário. Cabe à universidade sair de si, de seus muros, físicos e simbólicos, não apenas se expandindo de maneira unilateral, mas dialogando e se nutrindo das necessidades das maiorias populares, que devem ser tomadas também como suas.

Mesmo em meio aos retrocessos e à perpetuação de paradigmas excludentes, o DF encontra formas de resistência. Um exemplo disso é a Rede de Redução de Danos Tulipas do Cerrado, que realiza um trabalho fundamental no cuidado a pessoas em situação de vulnerabilidade social, sejam elas pessoas em situação de rua, profissionais do sexo ou pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, denotando, a partir de seus trabalhos, que a RD não lida somente com o tema das drogas. Como mencionamos no decorrer do trabalho, existem outras iniciativas coletivas de RD, como os coletivos Aroeira e RD Bateu, dentre outros não abordados aqui. Essas experiências demonstram que o cuidado não se esgota nos modelos institucionais hegemônicos, muito menos se resumem às políticas e ao Estado - sem negar a importância delas - e que existem práticas potentes produzidas pela e para a comunidade e movimentos sociais. Torna-se fundamental aproximar-se destas iniciativas e articular parcerias com elas, inclusive de caráter formativo, com a aprendizagem sendo também delas para a academia - e não só da universidade e instituições de ensino para elas, como historicamente ocorre.

Nesse sentido, a formação em psicologia deve estabelecer um contraponto entre a construção histórica da nossa sociedade e os processos de resistência que surgem do saber comunitário e daquilo que é, de fato, um caminho para a emancipação. O cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas pode e deve ser conduzido de outras maneiras, e essas formas precisam, urgentemente, chegar à formação psi. Não há mais espaço para uma formação hegemônica e acrítica, para que a psicologia não assuma as responsabilidades descritas no seu próprio código de ética e para que ela siga atuando como instrumento de domesticação e de alinhamento daquilo que vai “contra” as regras socialmente estabelecidas.

Não se espera que esta pesquisa revolucione as formações em psicologia, mas que sirva como um direcionamento e como um instrumento crítico que nos convide a pensar, repensar e construir uma nova formação, verdadeiramente pautada na defesa dos direitos humanos. Afinal, uma formação em psicologia que ainda recorre a termos como “delinquência juvenil”, tomando as drogas como *males em si*, claramente está escolhendo um lado e evidencia um desalinhamento com a defesa dos direitos fundamentais. A RD, neste contexto pode ser, inclusive, uma forma de reduzir os danos da psicologia, tornando-a uma ciência e profissão no DF condizente com as necessidades da população.

Por fim, compreende-se que a redução de danos não se resume à aplicação de técnicas prontas. Ela diz respeito à dignidade, à cidadania, à autonomia e à emancipação. É imprescindível que essa perspectiva seja compreendida e abarcada na formação psi., sendo assumida como uma mediação tática para uma práxis ético-política, comprometida com outra sociabilidade e com outras relações possíveis e mais humanizadas com as drogas, pois essas relações existem, persistem, denunciam algo e precisam ser pensadas de forma humana.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, V. S., & Giffin, K. M. (2008). Globalização capitalista e formação profissional em saúde: uma agenda necessária ao ensino superior. *Trabalho, Educação E Saúde*, 6(3), 519-538. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300007>
- Almeida, É. A. S. de., Sartes, L. M. A., & Souza, K. S. S. de. (2022). Inserção das estratégias cognitivo-comportamentais no CAPS Álcool e Drogas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, e239448, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003239448>
- Alves, V. S. (2009). 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. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>
- Amarante, P. (1994). Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 1(1), 61–77. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701994000100006>
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. (2. ed.). Editora FIOCRUZ.
- Amendola, M. F. (2014). Formação em Psicologia, Demandas Sociais Contemporâneas e Ética: uma Perspectiva. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 34(4), 971–983. <https://doi.org/10.1590/1982-370001762013>
- Araújo, E. (2023). Racismo e proibicionismo: Um retorno ao pensamento social do negro no Brasil. *Revista Katálysis*, 26(3), 426–435. <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2023.e93172>
- Azevedo, A. P. S. da., Souza, N. S. dos., Figueirêdo, A. A. F. de., (2023). O discurso contra-hegemônico no processo de formação em psicologia: uma revisão de literatura. *Anais*

do XIV Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Saúde e Educação em Ciências, 1-12.

- Azevedo, B. L., Benatti, A. U., Guilhon, A. C. V., Monteiro, A., Mesquita, F., Mertens, S. Craco Resiste. (2024). “De repente, como um raio vindo do nada, surge o Junkiebond”. Seminário Internacional de Redução de Danos [zine].
- Bado, P. P., Mezavilla, M. L., van Deursen, M., Cito, L., Bastos, L., Alves, A., Sales, R. R. de., Castro, J. G., Francisco, P., Valle-Simões, A. do., Bittencourt, L. G., Melo, D. A. C. de., Bueno, N. R., Loureiro, G. V., Portela, F. B., Souza, E. S., Capocchi, C. V., Carvalho, M., Martins, A. C. B., Neufeld, C. B. (2025). Graduação em Psicologia no Brasil: Mapeamento Nacional das Matrizes Curriculares. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 45(1), e298124, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003298124>
- Barbosa, R. B., & Bicalho P. P. G. de. (2014). O modo indivíduo nas políticas públicas sobre drogas no Brasil e as encomendas endereçadas à Psicologia. *Revista Polis E Psique*, 4(2), 230–249. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.51096>
- Basaglia, F. (2009). *A instituição negada*. (3. ed.). Graal.
- Batista, M. D. G. (2014). Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. *Revista de Ciências Sociais*, 1(40), 391–404. <https://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690>
- Benevides, K. M. S., & Braga, A. C. de. S. (2024). Racismo e Lei de Drogas no Brasil: O rigor punitivo como instrumento de colonialidade. *Boletim IBCCRIM*, 30(361), 24–26. https://publicacoes.ibccrim.org.br/index.php/boletim_1993/article/view/1552
- Borges, C. D., Lima, A., Thurow, C. F., Torres, P. T., & Levy, V. L. dos. S. (2021). Formação do psicólogo para atuação comunitária no contexto das drogas: uma análise das matrizes curriculares. *Psicologia Argumento*, 39(105), 359–389. <https://doi.org/10.7213/psicolargum39.105.AO01>

- Botomé, S. P. (2010). A quem nós, psicólogos, servimos de fato? In Yamamoto, O. H., & Costa, A. L. F. (Eds.). *Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil* (pp. 169-202). EDUFERN.
- Brasil. (1914). Decreto nº 2.861, de 8 de agosto de 1914. Regula a entrada, venda e uso de substâncias entorpecentes. *Diário Oficial da União*.
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-2861-8-julho-1914-575437-publicacaooriginal-98630-pl.html>
- Brasil. (1921). Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados e cria estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas. *Diário Oficial da União*.
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-publicacaooriginal-92525-pl.html>
- Brasil. (1938). Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. *Diário Oficial da União*.
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-891-25-novembro-1938-349873-publicacaooriginal-1-pe.html>
- Brasil. (1962). Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. *Diário Oficial da União*.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l4119.htm
- Brasil. (1976). Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. *Diário Oficial da União*.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm

Brasil. (1986). Lei nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986. Cria o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso, dispõe sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou atividades correlatas, e dá outras providências. Diário Oficial da União.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17560.htm

Brasil. (2001). 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. Diário Oficial da União.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Brasil. (2005). Portaria 1.028, 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. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html

Brasil. (2011). Lei nº 13.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial da União.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm

Brasil. (2011). Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

- Brasil. (2015). Nota Técnica n° 793, de 12 de maio de 2015. Grade Curricular de cursos de educação superior. Dúvidas mais frequentes. Ministério da Educação.
- Brasil. (2016). Portaria n° 1.482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES o tipo 83 – Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde.
- https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html
- Brasil. (2018). Portaria n° 3.659, de 14 de novembro de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Ministério da Saúde.
- https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3659_16_11_2018.html
- Brasil. (2019). Decreto n. 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm
- Brasil. (2019). Lei n° 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera as Leis n° 11.343/2006, n° 10.216/2001, n° 8.080/1990 e n° 8.142/1990, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção e financiamento das políticas sobre drogas. Diário Oficial da União.
- https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm
- Brasil. (2019). Lei n° 13.886, de 17 de outubro de 2019. Altera as Leis n°s 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 10.826, de 22 de dezembro de 2003, 11.343, de 23 de agosto de 2006, 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro), 8.745, de 9

de dezembro de 1993 e 13.756, de 12 de dezembro de 2018, para acelerar a destinação de bens apreendidos ou sequestrados que tenham vinculação com o tráfico ilícito de drogas. Diário Oficial da União. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113886.htm

Brasil. (2023). Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html

Brites, C. M. (2006). *Ética e uso de drogas: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos*. (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

<https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/17822>

Calassa, G. D. B., Penso, M. A., & Freitas, L. G. de. (2015). Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal. *Psicologia em Pesquisa*, 9(2), 177–187. <https://doi.org/10.5327/Z1982-1247201500020008>

Caliari, F., & Agapito, L. S. (2024). Proibicionismo: Impactos do modelo e uso de drogas. *Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas*, 12(1), 53-83.

<https://portal.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub>

Calvete, C. da S., & Souza, T. S. de. (2020). História e Formação do Mercado das Drogas. *Revista De Economia*, 41(76), 401–429. <https://doi.org/10.5380/re.v41i76.69094>

Carneiro, H. (2019). Proibição da maconha: racismo e violência no Brasil. *Cahiers des Amériques latines*, 92, 135–152. <https://doi.org/10.4000/cal.10049>

Carneiro, H. S. (2018). *Drogas: a história do proibicionismo*. Autonomia Literária.

- Carvalho, B., & Dimenstein, M. (2017). Análise do discurso sobre redução de danos num CAPSad III e em uma comunidade terapêutica. *Temas em Psicologia*, 25(2), 647–660. <https://doi.org/10.9788/TP2017.2-13>
- Cavalcanti, A. L. L. (2021). Coletivo Aroeira: Agroecologia como ferramenta de atuação com a estratégia de redução de danos e de promoção de saúde. In C. S. da. Sousa, S. C. Sabioni, & F. S. de. Lima (Eds.), *Agroecologia: Métodos e Técnicas para uma Agricultura Sustentável*. (1. ed., pp. 225-239). Editora Científica. <https://dx.doi.org/10.37885/201202483>
- Cerqueira, D., & Bueno, S. (Coords.). (2024). *Atlas da violência 2024*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14031>
- Chauí, M. (2003). A universidade pública sob nova perspectiva. *Revista Brasileira De Educação*, (24), 5–15. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782003000300002>
- Coimbra, C. B. (2004). Práticas “psi” no Brasil do “milagre”: algumas de suas produções. *Mnemosine*, 1, 48-52. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/mnemosine/article/view/41337>
- Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura & Ministério Público Federal. (2017). *Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas*. CFP. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas*. (2. ed.). <https://crepop.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/34/2022/10/010-Crepop-Referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-em-politicas-publicas-de-alcool-e-outras-drogas.pdf>

- Conselho Federal de Psicologia. (2020). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. CFP.
- Costa, P. H. A. (2020). *Por um (outro) mundo com drogas: drogas, questão social e capitalismo* (1a. ed.). Usina Editorial.
- Costa, P. H. A. da, & Mendes, K. T. (2020). Contribuição à Crítica da Economia Política da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Argumentum*, 12(2), 44–59.
<http://10.0.71.139/argumentum.v12i2.28943>.
- Costa, P. H. A. da, & Mendes, K. T. (2023). O Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) e a contrarreforma psiquiátrica. *Argumentum*, 15(3), 156–170.
<https://doi.org/10.47456/argumentum.v15i3.39919>
- Costa, P. H. A. da. (2022). “Museu de grandes novidades”: A nova-velha política antidrogas no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 14(39), 1–25.
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80052>.
- Costa, P. H. A. da. (2025). *Franco Basaglia e a crítica das “comunidades terapêuticas” no Brasil* (1a. ed.). Hucitec Editora.
- Costa, P. H. A. da., & Mendes, K. T. (2022). “Negro: de bom escravo a traficante”. Contribuições de Clóvis Moura à crítica da Guerra às Drogas no Brasil. *Sociedade E Estado*, 37(2), 511–530. <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202237020006>
- Costa, P. H. A. da., & Paiva, F. S. de. (2016). Revisão da literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas no Brasil: modelo biomédico, naturalizações e moralismos. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 26(3), 1009–1031.
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300015>
- CRI – Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. (2006). *Identificação e abordagem do racismo institucional*. CRI.
- Cruz, N. F. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a

2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), 01-20. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
- Dantas, F. H., Seixas, P. S., & Yamamoto, O. H. (2019). A formação em psicologia no contexto da democratização do ensino superior no Brasil. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 10(3), 76-96. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2019v10n3p76>
- Dias, G. Á., Rameh-de-Albuquerque, R. C., & Nappo, S. A. (2018). Redução de danos e políticas públicas para pessoas que usam drogas: um relato de experiência sobre a formação clínico-política-pedagógica na formação profissional. *Revista Psicologia Política*, 18(42), 353-363.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2018000200011&lng=pt&tlng=pt
- Diehl, A., Cordeiro, D. C. Laranjeira, R., & cols. (2011). *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Artmed.
- Distrito Federal. (1995). Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995. *Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências*. Diário Oficial do Distrito Federal.
https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/48934/Lei_975_12_12_1995.html
- Ferrugem, D. (2020). Guerra às drogas? *Revista Em Pauta: Teoria Social e Contemporânea*, 18(45), 44-54. <https://doi.org/10.12957/rep.2020.47208>
- Figlie, N. B., & Payá, R. (2012). *Dinâmicas de Grupo e atividades clínicas aplicadas ao uso de substâncias psicoativas*. Roca.
- Figlie, N. B., Bordin, S., & Laranjeira, R. (2015). *Aconselhamento em dependência química*. Roca.

- Fiore, M. (2012). O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos CEBRAP*, (92), 9–21. <https://doi.org/10.1590/S0101-33002012000100002>
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2024). *18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>
- Freire, P. (1980). *Conscientização: teoria e prática da libertação - uma introdução ao pensamento de Paulo Freire* (3. ed.). Cortez & Moraes.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do oprimido* (23. ed.). Paz e Terra.
- Freire, P. (2019). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa* (79. ed.). Paz & Terra.
- Galletto, K. (2025). Franco Basaglia e os desafios contemporâneos da saúde mental: da desinstitucionalização à cidadania. *Revista NEP - Núcleo De Estudos Paranaenses Da UFPR*, 11(2), 139–153. <https://doi.org/10.5380/nep.v11i2.102024>
- Gomes, R. (2008). A análise de dados em pesquisa qualitativa. In M. C. S. Minayo (Ed.) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (21. ed., pp. 79-108). Vozes.
- Gomes, T. B., & Vecchia, M. D. (2018). Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: Revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), 2327–2338. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21152016>
- Guareschi, N. M. F.; Galeano, G. B.; Castelluccio, M. C.; Marques, C. F. (2022). Contextos de atuação profissional da Psicologia: uma análise dos setores público e privado a partir dos marcadores de raça/cor/etnia. In Conselho Federal de Psicologia. *Quem faz a psicologia brasileira? Um olhar sobre o presente para construir o futuro* (pp. 192-205). Conselho Federal de Psicologia.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297–305. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>

- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2023). Perfil do processado e produção de provas nas ações criminais por tráfico de drogas: relatório analítico nacional dos tribunais estaduais de justiça comum. Ipea, 1-107. <http://dx.doi.org/10.38116/ri221151>
- Jacó-Vilela, A. M. (2024). A Psicologia no Brasil: Formação e Institucionalização. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 44(1), e287307, 1-10. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003287307>
- Jesus, F. M. de., Araújo, A. C. A. de., Araujo, M. M. C. & Campos, I. (2026). Experiência de redução de danos em um CAPS AD no Distrito Federal. *Revista NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity*, 17(1), e25678. <https://doi.org/10.26823/rnufen.v17i1.25689>
- Júnior, I. B. F. (2017). Direitos Sociais e Políticas Públicas: Prevenção e Tratamento de AIDS e Saúde Mental na Cidade de Santos - SP. *Rev. Fac. Direito*, (70), 411-434. <https://doi.org/10.12818/P.0304-2340.2017v70p411>
- Kripka, R. M. L., Scheller, M., Bonotto, D. L. de. (2015). Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. *Investigação Qualitativa em Educação*, (2), 243-247.
- Lima, A. F. de., Oliveira, P. R. S. de., & Lima, S. C. F. de. (2019). Saúde mental e redução de danos na atenção primária: Concepções e ações. *Psicologia em Estudo*, 24, 1-14. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.44697>
- Lima, M. da G., Gussi, M. A., & Furegato, A. R. F. (2018). Centro de Atenção Psicossocial, o cuidado em saúde mental no Distrito Federal, Brasil. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*, 11(4), 197–220. <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i4.2487>
- Lisboa, F. S., & Barbosa, A. J. G. (2009). Formação em Psicologia no Brasil: um perfil dos cursos de graduação. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 29(4), 718–737. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000400006>

- López, L. C. (2012). O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 121–134.
<https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000004>
- Macedo, J. P., Fontenele, M. G., & Gomes, R. W. da S. (2022). Psicologia e Assistência Social: Crise e Retrocessos Pós-Encerramento do Ciclo Democrático-Popular. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 42(spe), e262852. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003262852>
- Machado, L. V., & Boarini, M. L. (2013). Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 33(3), 580–595.
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>
- Marchetti, S. P., Badagnan, H. F., Dumaressq, L., Tófoli, L. F. F. de, & Woreman, N. de C. (2024). Dificuldades no cuidado em saúde para as pessoas que fazem uso problemático de drogas: Uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(3), e17712022, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.17712022>
- Marx, K. (2008). Contribuição à crítica da economia política. Expressão Popular.
- Matos, A. C. V. (2023). A dialética da redução de danos como projeto ético-político para outro projeto societário. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
<https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/57342>
- Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. (2024). *Relatório de inspeções no Distrito Federal e Entorno: Comunidade Terapêutica Salve a Si - Instituto Eu Sou; Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo*. MNPCT.
https://mnpctbrasil.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/08/relatorio-sas-e-hsvp_final_corrigido.pdf
- Mello, S. L. (1975). *Psicologia e profissão em São Paulo*. Ática.

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

<https://doi.org/10.52753/bis.2020.v21.34613>

Ministério da Educação. (2023). Resolução nº 1, de 11 de outubro de 2023. *Institui as*

Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia.

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cne/ces-n-1-de-11-de-outubro-de-2023-518120795>

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada em Saúde/SAES., Departamento de

Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DESMAD. (2025). *Saúde Mental em Dados.*

(13. ed.). [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados/saude-mental-em-dados-edicao-no-13-fevereiro-de-2025/view)

[mental/saude-mental-em-dados/saude-mental-em-dados-edicao-no-13-fevereiro-de-2025/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados/saude-mental-em-dados-edicao-no-13-fevereiro-de-2025/view)

Ministério da Saúde. (2003). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a*

usuários de álcool e outras drogas (60 p.). Secretaria Executiva, Coordenação

Nacional de DST e AIDS.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf

Moura, H. C. E. (2020). Reforma psiquiátrica brasileira e os entraves para a superação do

modelo manicomial. *Argumentum*, 12(3), 270–283.

<https://doi.org/10.47456/argumentum.v12i3.29217>

Nardi, H. C., & da Silva, R. N. (2004). A Emergência de um Saber Psicológico e as Políticas

de Individualização. *Educação & Realidade*, 29(1), 187-198.

<https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/25425>

Nunes, D. C., Santos, L. M. B., Fischer, M. F. B., & Güntzel, P. (2010). “...outras palavras

sobre o cuidado de pessoas que usam drogas...”. In L. M. B. Santos (Eds.), *Outras*

palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas (pp. 15-26). Ideograf.

- Nunes, J. M. S., Guimarães, J. M. X., & Sampaio, J. J. C. (2016). A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 26(4), 1213–1232.
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>
- Oka, C. P. B., & Costa, P. H. A. da. (2022). Os caminhos da contrarreforma psiquiátrica brasileira: um estudo documental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 14(40), 01-29.
- Oliveira, M. M. (2007). *Como fazer pesquisa qualitativa*. Vozes.
- Oliveira, N., & Ribeiro, E. (2018). O massacre negro brasileiro na Guerra às Drogas. Reflexões sobre raça, necropolítica e o controle de psicoativos a partir da construção de uma experiência negra. *SUR*, 15(28), 35-43.
- Oliveira, V., Guimarães, D. A., Gama, C. A. P. da., Coelho, V. A. A., & Coelho, F. B. P. (2023). Tensionamentos no cuidado em Saúde Mental relacionados ao uso de Substâncias Psicoativas: dificuldades identificadas por profissionais da saúde pública. *Saúde Em Debate*, 47(137), 133–145. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313709>
- Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: Construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154–162. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017>
- Paula, T. de. (2022). *Guerra às drogas e redução de danos: nas encruzilhadas do SUS*. (1a. ed.). Hucitec Editora.
- Peretta, A. A. C. e S., Silva, S. M. C. da., Naves, F. F., Nasciutti, F. M. B., & Silva, L. S. (2015). Novas diretrizes em tempos desafiadores: formação em Psicologia para atuar na Educação. *Psicologia Escolar E Educacional*, 19(3), 547-556.
<https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193893>

- Petuco, D. (2020). As três ondas da redução de danos no Brasil. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, 21(2), 94–103. <https://doi.org/10.52753/bis.2020.v21.34622>
- Pillon, S. C., & Luis, M. A. V. (2004). Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 12(4), 676–682. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000400014>
- Pimentel, A. P., & Amarante, P. D. C. de. (2020). Paradigmas, percepções e práticas em saúde mental: um estudo de caso à luz de Bakhtin. *Bakhtiniana: Revista De Estudos Do Discurso*, 15(3), 8–33. <https://doi.org/10.1590/2176-457344151>
- Pinheiro, C. de J., & Branco, A. B. de A. C. (2020). Elaboração de protocolo de atendimento psicológico no hospital geral: Usuários de álcool. *Contextos Clínicos*, 13(3), 896–921. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822020000300010
- Pires, R. R., & Ximenes, V. M. (2021). Sentidos atribuídos por profissionais de Psicologia sobre a redução de danos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 37, e3747. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3747>
- Pombo-De-Barros, C. F., & Fernandez, V. S. (2012). Reflexões sobre o Campo da Psicologia e o Uso Abusivo de Drogas. In: Alarcon, S., & Jorge, M. (Eds.). *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo* (pp. 211-221). Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575415399.0011>.
- Portugal, C. M., Mezza, M., & Nunes, M. (2018). A clínica entre parênteses: reflexões sobre o papel da arte e da militância na vida de usuários de saúde mental*. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 28(2), e280211. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280211>
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. dos. (2009). O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 25(2), 203–211. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000200008>

- Prudencio, J. D. L., Theodoro, L. S., & Baqueiro, V. L. O. (2023) Comunidades Terapêuticas: a construção de uma política manicomial e proibicionista. *Argumentum*, 15(3), 141-155. <https://doi.org/10.47456/argumentum.v15i3.40033>
- Psicologia e Ladinidades. (2025). Dossiê. *As violências das Comunidades Terapêuticas do Distrito Federal e entorno*. Psicologia e Ladinidades.
- Queiroz, I. S. de. (2001). Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 21(4), 2–15. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932001000400002>
- Quinderé, P. H. D., Paz, B. L., Pinheiro, F. P. H. A., Maia, R. da S., R., & Cunha, E. S. (2024). Psicologia e uso de drogas: análise da produção científica brasileira em Psicologia. Gerais: *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 17(3), e22074.
- Rameh-de-Albuquerque, R. C. (2017). Da pessoa que recai a pessoa que se levanta: A recursividade dos que usam crack (Tese de doutorado). Universidade Federal de São Paulo.
- Rehfeldt, K. H. G. (2006). Drogas. Todolivro.
- Reis, C. A., & Ferrazza, D. de A. (2022). Redução de danos em um CAPSad: Discursos e práticas profissionais. *Revista Psicologia e Saúde*, 14(1), 3–18. <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i1.1240>
- Ribeiro, M. M. de. (2013). *Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas*. Saraiva.
- Rocha, F. C., & Oliveira, P. R. S. de. (2020). Psicologia na rua: Delineando novas identidades a partir do trabalho com a população em situação de rua. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(1), 1–18. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100006

- Rodrigues, D., & Zaniani, E. J. M. (2017). A formação acadêmica do psicólogo e a construção do modo de atenção psicossocial. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(1), 224–239. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000100016
- Rodrigues, T. (2012). Narcotráfico e militarização nas Américas: vício de guerra. *Contexto Internacional*, 34(1), 9–41. <https://doi.org/10.1590/S0102-85292012000100001>
- Ronzani, T. M., Pereira, T. S., Castro, J. B., & Dimenstein, M. (2023). Determinantes Sociais e Dependência de Drogas: Revisão Sistemática da Literatura. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 39, e39407. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e39407.en>
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), v–vi. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
- Rudá, C., Coutinho, D., & Almeida Filho, N. de. (2019). Formação em Psicologia: Uma análise curricular de cursos de graduação no Brasil. *Revista E-Curriculum*, 17(2), 419–440. <https://doi.org/10.23925/1809-3876.2019v17i2p419-440>
- Rybka, L. N., Nascimento, J. L. do, & Guzzo, R. S. L. (2018). Os mortos e feridos na “guerra às drogas”: Uma crítica ao paradigma proibicionista. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 35(1), 99–109. <https://doi.org/10.1590/1982-02752018000100010>
- Santana, F. M., Sousa, G. de A., & Ribeiro, M. S. de S. (2022). Formação generalista: a percepção de egressos de Psicologia. *Fractal: Revista De Psicologia*, 34, e5887. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/2022/v34/5887>
- Santos, M. S., Gama, D. G. R., & Fonseca, R. P. O. (2022). Saúde mental no Distrito Federal: Retrato dos CAPS no sistema de informação. *Health Residencies Journal - HRJ*, 3(16), 33–58. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i16.643>

- Santos, V. B., & Miranda, M. (2016). Projetos/programas de redução de danos no Brasil: Uma revisão de literatura. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 5(1), 106-118. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v5i1.841>
- Sá-Silva, J. R., Almeida, C. D. de, & Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira De História & Ciências Sociais*, 1(1), 1-15. <https://doi.org/10.63595/rbhcs.v1i1.10351>
- Schimith, P. B., Murta, G. A. V., & Queiroz, S. S. de. (2019). A abordagem dos termos dependência química, toxicomania e drogadição no campo da Psicologia brasileira. *Psicologia USP*, 30, e180085. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180085>
- Silveira, D. X. da., & Moreira, F. G. (2006). *Panorama Atual de Drogas e Dependências*. (1. ed.). Atheneu.
- Silveira, R. W. M. da, & D'Tôlis, P. O. A. O. (2016). Impactos da ação de agentes redutores de danos segundo profissionais da rede SUS. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 22(1), 79–88. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672016000100010
- Soares, D. R., Dallegrave, D., & Gai, D. N. (2025). Contextualização histórica das políticas sobre drogas no Brasil (1900–2019): cuidado ou punição das pessoas usuárias de drogas? *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES*, 18(7), 1-25. <https://doi.org/10.55905/revconv.18n.7-097>
- Soares, M. K., & Maciel, N. C. A. (2023). A questão racial nos processos criminais por tráfico de drogas dos tribunais estaduais de justiça comum: Uma análise exploratória. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)*, (61), 1-33. <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/12439>
- Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2013). *Terapia de Grupo para transtornos por abuso de substâncias: Abordagem cognitivo-comportamental motivacional*. Artmed.

- Souza, D. R., Oliveira, M. A. F., Soares, R. H., Domanico, A., & Pinho, P. H. (2017). Resistências dos profissionais da atenção psicossocial em álcool/drogas à abordagem de redução de danos. *Journal of Nursing and Health*, 7(1), 16-24.
<https://doi.org/10.15210/jonah.v7i1.9276>.
- Teixeira, C. (2024). PEC da Drogas de Pacheco é a expressão do racismo institucional no Brasil. *Brasil de Fato*. <https://www.brasildefato.com.br/2024/04/20/pec-da-drogas-de-pacheco-e-a-expressao-do-racismo-institucional-no-brasil/>
- Torcato, C. E. (2014). Breve história da proibição das drogas no Brasil: Uma revisão. *Revista Inter-Legere*, (15), 138–162. <https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/6390>
- Yamamoto, O. H. (1987). *A crise e as alternativas da psicologia*. Edicon.
- Yamamoto, O. H., Falcão, J. T. R., & Seixas, P. S. (2011). Quem é o estudante de psicologia do Brasil? *Avaliação Psicológica*, 10(3), 209–232.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000300002&lng=pt&tlng=pt
- Yamamoto, O. H., Souza, J. A. J., Silva, N., & Zanelli, J. C. (2010). A formação básica, pós-graduada e complementar do psicólogo no Brasil. In A. V. B. Bastos & M. G. Gondim (Eds.), *O trabalho do psicólogo no Brasil* (pp. 45-65). Artmed.
<https://doi.org/10.21826/2179-5800201781315>
- Zanelatto, N., & Laranjeira, R. (2018). *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais*. (2. ed.). Artmed.
- Zantutti, D. T., & Lima, G. A. de. (2024). Psicologia Hegemônica: Um discurso que (re)produz paradigmas biomédicos. *Revista Acadêmica Online*, 10(53), 1-17.
<https://doi.org/10.36238/2359-5787.2024.v10n53.326>
- Zgiet, J. (2013). Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental: a quem interessa mudar? *Saúde Em Debate*, 37(97), 313–323.

Zotesso, M. C., Marques, L. O., & Paiva, S. M. A. de. (2019). Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas: Práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 8(1), 8–16. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v8i1.2220>