



Capítulo VII

Redução de danos e linhas de cuidado: Ferramentas possíveis para o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas

Paula Emília Adamy, Rosane Neves da Silva

Pensar em saúde mental, álcool e outras drogas no momento atual implica em contextualizar este campo de disputa no processo da Reforma Psiquiátrica e pensar quais ferramentas poderão ser potentes para articular o cuidado no território. As linhas de cuidado e a Redução de Danos são trazidas aqui como ferramentas possíveis ao acompanhamento para além de serviços estanques, tendo o usuário como protagonista de um itinerário a ser construído. Afirmar a Redução de Danos enquanto diretriz de trabalho a pessoas que usam álcool e outras drogas implica em trabalhar, junto aos usuários, um cuidado através de linhas e fluxos para além dos serviços de saúde, pressupondo um acompanhamento que contemple os modos de andar a vida singular de cada sujeito.

O tema álcool e outras drogas na reforma psiquiátrica

“Vários tipos de categorias profissionais vem sendo convidadas a exercer funções policiais cada vez mais precisas: professores, psiquiatras, educadores de todo tipo”.

Michel Foucault.

O uso de substâncias psicoativas sempre esteve presente nos diversos momentos históricos e nas diferentes culturas humanas, recebendo, em cada tempo e geografia, significados e valores distintos, não necessariamente associados a práticas marginais ou criminosas (ESCOHOTADO, 1996). Dependendo do lugar e do período, uma droga pode ser considerada lícita ou ilícita, assumindo diferentes *status* e estatutos na cena social. O sentido de experiência de borda é um elemento contemporâneo nesta histórica relação. As políticas públicas, por sua vez, incidem diretamente nestes processos sócio-históricos, reproduzindo outras economias psíquicas.

Desse modo, para construir uma política sobre drogas, é preciso compreender seus lugares e funções num determinado contexto social, considerando sempre o caráter multifacetado do epifenômeno⁹, evitando, assim, o investimento público em projetos fundamentados em reducionismos.

Um país como o Brasil, com dimensões continentais e multiculturais, apresenta diferentes cenários para o uso de drogas e distintas formas de relação com as mesmas. O uso do crack, por exemplo, tem sido situado como um dos principais problemas atuais na saúde pública brasileira, ainda que os dados epidemiológicos demonstrem que o uso de álcool e tabaco seja mais preocupante em relação às mortes por acidentes de trânsito ou doenças pulmonares.

Assistimos a mídia enaltecendo projetos de leis de internação compulsória que retrocedem às conquistas do cuidado em liberdade e no território, das Reformas Psiquiátrica e Sanitária, violam direitos humanos, estigmatizam usuários, além de induzir à terceirização do Sistema Único de Saúde. O que tem sido “vendido” como oferta de

⁹ Segundo Novo Dicionário Aurélio (1989): “(de epi + fenômeno) (1) *Filos.* fenômeno que é subproduto ocasional de outro, sobre o qual não exerce qualquer influência, e do qual é dependente. (2) *Med.* Acontecimento excepcional, acidental ou secundário”. Ricardo Brasil Charão referiu-se ao crack como epifenômeno ao problematizar nossas formas de viver na contemporaneidade no Encontro Estadual de Saúde Mental em Hospital Geral. Porto Alegre, 2011.

cuidado tem por trás uma limpeza social, tirando das ruas os que denunciam nosso maior problema, que é a desigualdade social.

Ao analisar esse contexto, cabe como desafio das políticas públicas intersetoriais, no que diz respeito ao cuidado em saúde de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, trabalhar na direção da desassociação do estigma, pois quando o tema vem fortemente colado à criminalidade e práticas antissociais, as possibilidades de tratamento acabam sendo inspiradas em modelos manicomiais, de exclusão/separação dos usuários do convívio social.

É preciso repensar as formas de cuidar destas pessoas, contemplando formas de promoção à saúde, em consonância com a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003) que traz a redução de danos de forma transversalizada em todo o documento, de forma a ser interpretada como *diretriz* de trabalho no cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas por qualquer trabalhador da saúde que for acolher esta temática. Esta interpretação foi feita a partir de diversas discussões a nível estadual e federal, com trabalhadores e gestores de diferentes políticas, incluindo saúde mental e controle de DST/Aids.

Essa Política traz uma série de proposições que convergem com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, pois vemos a necessidade de desconstruir o senso comum de que todo usuário de drogas é um doente que requer internação, prisão ou absolvição.

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

estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003, p. 10).

Domiciano Siqueira e Rose Mayer (2010) sistematizam um conceito de Redução de Danos que afirma o seu lugar como diretriz de trabalho¹⁰:

(...) Redução de Danos é uma das diretrizes de trabalho do SUS. Não estabelece a diminuição do consumo como condição de acesso ou exige abstinência *a priori*, mas o protagonismo da pessoa que usa drogas. Fundamenta-se nos Direitos Humanos e considera o exercício da liberdade, os modos de viver e trabalhar, a saúde como produção e determinação social, convergindo com a posição ética e compreensiva proposta pela Saúde Coletiva. Implica um repertório de cuidado integral e intersetorial, na perspectiva da rede. Incluem conjuntos de estratégias singulares e coletivos voltados as pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas e sua rede social e afetiva. Dirige-se à identificação e minimização dos fatores de riscos sociais econômicos e de saúde bem como potencialização dos fatores de proteção, cidadania e defesa da vida.

Passaram-se 20 anos de Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul e quase 12 anos no Brasil e ainda estamos em um campo de extrema disputa. Historicamente, o tema álcool e outras drogas caminharam à margem do processo da Reforma Psiquiátrica, pois foi pouco discutido no processo de criação e implantação desse outro modelo de cuidado. É a partir dessa lacuna que modalidades de tratamento geradoras de exclusão têm sido justificadas, além de

¹⁰ Conceito sistematizado por Domiciano Siqueira e Rose Mayer na Oficina de Redução de Danos ocorrida no Congresso de Crack, em Porto Alegre, julho 2010.

suscitar olhares diversos com referencial muitas vezes de aspectos morais. Talvez essa lacuna também seja a de nos apontar que não basta fechar os hospitais psiquiátricos e criar novos serviços, mas fortalecer a rede de atenção e, principalmente, incidir sobre o olhar da sociedade.

Segundo Lancetti (2011), um dos maiores riscos que o advento do crack nos traz é a possibilidade de interrupção do processo de Reforma Psiquiátrica na construção do sistema público de saúde mental. Isso se deve a “fissura” por responder rapidamente a uma demanda de urgência, ao invés de construir uma visão compartilhada com o outro, buscando quais os caminhos possíveis.

Linhas e fluxos de um cuidado no território

“Olhar dá medo porque é risco. Se estivermos realmente decididos a enxergar não sabemos o que vamos ver. (...) Tudo o que somos de melhor é resultado do espanto. Como prescindir da possibilidade de se espantar? O melhor de ir para rua e espiar o mundo é que não sabemos o que vamos encontrar. (...) (Essa é a maior graça de ser gente).”

Eliane Brum, 2005

Acompanhar pressupõe estar junto de alguém; fazer companhia a; dar atenção a; partilhar. Cuidado implica solicitude, diligência, desvelo; ter preocupação ou atenção em; disponibilidade ao outro; se ocupar de (NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO, 1989). Estar junto, fazer companhia, estar solícito a dar atenção ao outro, estar disponível, se ocupar do outro, partilhar exige escuta. Acompanhar em saúde supõe, portanto, a escuta do desejo do outro de por onde ele quer andar. E esse andar pressupõe diferentes andares, que podem mudar a cada instante e a cada nova potência de vida que se abre.

São diferentes linhas que se entrecruzam e que podem ou não conter em seus trajetos dispositivos de saúde. Esses dispositivos

não serão necessariamente serviços estanques se as linhas em si presumirem cuidado ao abrir os trajetos para novas vias de desejo e de vida.

Ao refletir sobre o cuidado em saúde, inevitavelmente vem à mente quais os serviços de saúde estão disponíveis no território como oferta de cuidado, como se todo o acompanhamento tivesse que se antecipar como terapêutico e como se todas as ofertas fossem garantia de acesso em saúde. Nem toda a oferta é garantia de acesso, assim como nem todo o acompanhamento se nomeia como terapêutico. Mas um acompanhamento poderá ter efeitos terapêuticos se puder dar espaço à singularidade, dando aberturas possíveis para que o desejo possa se enunciar. E que outros tantos espaços e linhas de cuidado um território pode oferecer?

A Linha de Cuidado acontece no território, que é o que Milton Santos define como “matriz da vida social, econômica e política” (SANTOS, 2006). Um território dentro de uma cidade com tudo que o que nela é vivo e que se descobre mesmo quando se tenta esconder; com “tudo o que nela deixa marca: o suor e o trabalho, o desespero e a lágrima, a tragédia e o sangue” (BAPTISTA, 1999, p. 9). Um território dentro de uma cidade onde a lógica capitalista fabrica indivíduos, como demonstram alguns contos de Luis Antonio Baptista na obra citada, mas que possa abrir espaços para possibilidades de escolhas que emergem de encontros e palavras, “que é o mais humano de todos os artifícios para devolver-lhes de pleno direito o seu lugar no mundo da cidade e da História” (BAPTISTA, 1999, p. 10).

O território é onde todos se encontram, pois com as novas tecnologias, o espaço adquiriu outras características para se tornar um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações, que trazem como categorias analíticas internas “as paisagens, a configuração territorial, a divisão territorial do trabalho, o espaço produzido ou produtivo, as rugozidades e as formas conteúdos” (SANTOS, 2004, p. 22). Desse modo, o espaço é um “conceito histórico atual e fruto, ao mesmo tempo, da emergência das redes e do processo de globalização” (*Idem*).

O usuário é o elemento estruturante da Linha de Cuidado, pensada a partir do Projeto Terapêutico, já que a linha de Cuidado é fruto de um pacto a ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais, pois o trabalho é integrado e não partilhado (FRANCO & FRANCO, 2011).

Conceitualmente, a Linha de Cuidado é entendida como o trabalho integrado entre serviços e recursos de uma rede que compõem um território, que é muito mais amplo do que a rede que conhecemos. Isso significa acompanhar o caminho que o usuário faz, tendo o Projeto Terapêutico Singular – PTS como fio condutor e o usuário como o elemento estruturante da gestão desse cuidado, ou seja, o desejo do usuário é o “GPS” dessa Linha. Considera-se que quem caminha nesta linha não é a patologia, mas sim um sujeito, cuja saúde diz respeito principalmente a ele mesmo (CECCIM e FERLA, 2006).

A Linha de Cuidado tem a Atenção Básica como ordenadora e a porta preferencial, mas não a única, já que em saúde mental não se pode ter portas de entrada rígidas. O conjunto de estratégias é pensado a partir da demanda de cuidado do usuário, com base em uma avaliação de risco, reorganizando o processo de trabalho, com objetivo de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços aos quais necessita. Dessa forma, a Linha de Cuidado é fruto de um pacto a ser realizado entre todos os atores que gerenciam serviços e recursos assistenciais, pois o trabalho é integrado e não partilhado e se difere dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também. Trata-se de, a partir do vínculo, acompanhar o caminho que o usuário faz dentro da rede (FRANCO & FRANCO, 2011).

Depois de organizada a Linha de Cuidado, a formação de um Grupo Gestor é importante para manter seu funcionamento, pois é ele que vai fazer o acompanhamento e o monitoramento dos fluxos pactuados, garantindo que seus caminhos e acessos permaneçam desobstruídos (FRANCO & FRANCO, 2011).

Este Grupo Condutor, que irá fazer a gestão da Linha de Cuidado, poderá ser composto por aqueles que têm a apropriação dos

fluxos da rede e trânsito em todos os serviços; também poderão ser pessoas indicadas por cada serviço para fazer esta gestão, garantindo que este processo tenha participação de todos e que as pessoas que farão parte do Grupo Condutor sejam representantes da rede.

(...) A gestão das Linhas de Cuidado deve estar atenta aos processos instituintes, isto é, as mudanças do processo de trabalho, os novos fluxos que surgem, as inovações no ato de cuidar, o grupo gestor deve procurar perceber essas inovações como elementos que enriquecem o que foi anteriormente definido para os fluxos assistenciais. Não é porque algo não está previsto anteriormente nos fluxos, que pode ser prejudicial ao mesmo. Muitas vezes a novidade que surge é um aperfeiçoamento ao processo pensado originalmente e, portanto, deve ser contemplado. Liberdade anda junto com a criatividade, e esta é a maior fonte de enriquecimento e aperfeiçoamento das Linhas de Cuidado Integral (FRANCO & FRANCO, 2011, p. 5).

Redução de danos na linha de cuidado em saúde mental

“Não pense que a pessoa tem tanta força assim a ponto de levar qualquer espécie de vida e continuar a mesma. Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso — nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro”.

Clarice Lispector

No cenário atual, chama à atenção, tanto no sentido de uma convocação como de um analisador, a potencialidade da Redução de Danos como estratégia de cuidado no território para pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas concomitante a fragilidade de sua sustentabilidade. Há uma polissemia de sentidos e

processos que justificam esse quadro: a forte resistência em reconhecer que esse lugar na rede “está em franca sintonia com todas as experiências sanitárias que buscam a defesa da vida” (LANCETTI, 2006, p. 77), é uma delas.

Quais seriam as outras polissemias? Qual a compreensão de Redução de Danos que conduzem as práticas? Qual o caminho que os usuários percorrem? Por onde passam e com quem contam? O que buscam? Quem faz redução de danos? Como aprendemos com a Redução de Danos e a Saúde Coletiva respostas somente são possíveis a partir de cada situação, seus atores implicados, as forças em movimento num dado território de vida, disputa e diversidade.

A Redução de Danos é tomada como uma ferramenta importante no cuidado das pessoas que usam álcool e outras drogas por possibilitar a produção de saúde, cuidado e cidadania. As três grandes contribuições da Redução de Danos, todas na direção do protagonismo e da equidade aos usuários, são: a não exigibilidade da abstinência; o direito e o incentivo a participação política em diferentes espaços, como conselhos de saúde, conferências, etc.; e o trabalho no campo articulado com o território, já que “para promover saúde é preciso transformar a cidade numa máquina de produzir cuidado” (PETUCO & MEDEIROS, 2010).

E quem pode operar os conceitos da redução de danos? Importante ressaltar o território como o redutor de danos e a importância no seu trabalho de campo, mas lembrar que não é o único agente que pode operar os conceitos de Redução de Danos no cotidiano¹¹. Como diretriz, a RD pode estar atravessada no fazer de qualquer profissional do campo das políticas públicas ao transversalizar as ações do cuidado com pessoas que usam álcool e outras drogas, com intervenções que passem por propiciar o estabelecimento de novas formas de relação com a droga, fortalecendo o protagonismo e promovendo a capacidade de transformação.

¹¹ Denis Petuco, em apresentação no Congresso Sul-Brasileiro de DST's e AIDS, 2009 – não publicado.

Os redutores de danos, por sua vez, são agentes que se deparam com situações limite, sendo que a singularidade do trabalho remete, muitas vezes, a uma concretude subjetiva, em que é preciso “emprestar o desejo” ao sujeito para que ele possa vir ou voltar a desejar, exercendo, em alguns momentos, uma função de espelho, no sentido de devolver uma imagem e lembrá-lo dos sonhos e projetos que ora foram compartilhados, mas que estão esquecidos. É essa aproximação do agente redutor de danos com esses sujeitos que possibilita com que o redutor se coloque nas brechas que a pessoa abre entre ela e a droga no caso da dependência, bem como minimizar os riscos que experimenta no caso de uso e abuso. Reconhecendo, assim, os gestos de cada um em se enfrentar e se superar, mesmo quando não conseguiu tudo o que pretendia e, assim, criar com cada um, alternativas e distâncias necessárias entre ela e a droga quando ela se sente vacilar (ROBERTO, 2003).

Mas é importante pensar nesse limiar que se coloca o redutor de danos, entre emprestar o desejo ou prescrevê-lo, pois há uma forte demanda de prescrição em virtude da concretude dos casos acompanhados. A prescrição pode passar pela indução às trocas de objeto de gozo, pois há quem trabalhe com a ideia de que fazer redução de danos se resume a trocar simplesmente uma droga pela outra, e também passa pelo risco em induzir um “modo de ser da redução de danos”, impondo uma permissividade muito ampla que passe por colocar a droga num lugar divino e de desconsiderar que algumas relações com o objeto da droga são prejudiciais. Com isso, vemos a importância de retomamos Foucault ao dizer que “(...) *ser livre em relação aos prazeres é não estar a seu serviço, é não ser seu escravo*” (FOUCAULT, 2003, p.74). Dessa forma, qualquer intervenção que não passe pela escuta do desejo e da singularidade, nesse sentido, pode ser prescritiva, e a redução de danos não está livre disso.

Em uma oficina de trabalho com agentes redutores de danos para trocas de experiências do trabalho de campo nas cenas de uso de drogas, uma das redutoras aponta para um possível “perfil” para esse trabalho: “*Para ser redutor é preciso se autorizar para isso*”. Eu ampliaria esta afirmação, colocando que para promover cuidado, abrindo espaços de potência de vida no território, também é preciso se autorizar para isso. E de onde vem essa autorização? Uma formação garante essa autorização? Não existe uma única via que possa nos explicar de onde possa vir essa autorização, nem mesmo uma

formação que garanta a suspensão da moral, tão imprescindível para esse trabalho. Mas talvez uma das hipóteses seja a de poder se lançar no encontro com o outro a partir de modos de ação, que nos convocam a fazer uma escuta ativa, aquela que tem potencial de transformar quem fala, mas de transformar quem escuta também.

Faz-se necessário o acompanhamento do trabalho de Redução de Danos em um processo cotidiano de educação permanente para fortalecer e refletir sobre as suas práticas, seu lugar e efeitos na organização da rede local, os itinerários dos usuários e suas relações com outros espaços, os acessos e barreiras ao cuidado e a articulação entre gestão, atenção, educação permanente e controle social. Ceccim e Feuerwerker nos convocam a refletir sobre a importância de cada eixo do SUS e da articulação entre eles a partir do quadrilátero de formação, em que cada face é liberada e controlada por fluxos específicos, composta por interlocutores específicos e se configura por espaços-tempos com motivações diferentes (CECCIM & FEUERWERKER, 2004, p. 47).

A formação e o desenvolvimento dos trabalhadores também têm que envolver a apropriação dos aspectos culturais de cada território, bem como os aspectos pessoais e ideais que cada um deles tem sobre o SUS, sobre a Saúde Mental e sobre as questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. É importante ressaltar que o local de trabalho também é um lugar privilegiado de produção e disseminação do conhecimento (BRASIL, 2005).

Dos territórios possíveis da redução de danos

A temática álcool e outras drogas tem encontrado muitos desafios nos itinerários e linhas da Reforma Psiquiátrica. O maior desafio talvez seja o de reafirmar o cuidado no território num contexto de forte pressão política que retrocedem às conquistas já realizadas pela Reforma, vide os Projetos de Lei de internações compulsórias.

As linhas de cuidado e a Redução de Danos podem contribuir para a ampliação desse acesso em saúde mental, álcool e outras drogas, para além do que temos como oferta de serviços aos usuários,

já que estas ofertas não são garantia de acesso. Essa ampliação do acesso se dá na medida em que a escuta pode se dar no território, sem colocar a exigibilidade de abstinência independente de ser no território ou em algum serviço de saúde, bem como incentiva sua participação política em diferentes espaços.

A Redução de Danos lança mão de ferramentas que propiciam o protagonismo, além de dirigir nosso olhar e práticas ao território. Este é protagonizado especialmente pelo usuário e inspirado, desde a Saúde Coletiva, na intencionalidade de um Plano Terapêutico Singularizado ao encontro de uma saúde agenciada na negociação ética, que reconheça a dimensão política dos modos de viver e trabalhar implicados nas escolhas e nos delineamentos intercessores que podem pautar um projeto de vida e, por conseguinte, uma construção social.

O território da Redução de Danos é o da Linha de Cuidado porque convoca o usuário a buscar e potencializar em si e ao seu redor formas de cuidado a partir de caminhos muito singulares. Um cuidado que, ao cuidar de si, traz efeitos na sua relação com o outro, como nos coloca Foucault em História da Sexualidade 3: o cuidado de si (1985), e com o seu território, que é sempre subjetivo. Sendo subjetivo, ele não pode ser visto apenas como o espaço geográfico, mas como espaço de práticas de cuidado, relações, cultura e produção de subjetividade. Um território que possibilite a legitimidade do desejo.

Referências

BAPTISTA, Luis Antonio de. **A cidade dos sábios**. São Paulo: Summus, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde: 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A**

educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRUM, E. **A vida que ninguém vê.** Porto Alegre: Arquipélago Editorial, 2005.

CECCIM, R. B.; Feuerwerker, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Rev. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo. Linha de Cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Gestão em Redes:** práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

ESCOHOTADO, Antonio. **O livro das drogas:** usos e abusos, preconceitos e desafios. SP, Dynamis Editorial, 1996.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade:** o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 2003. v.2.

_____. História da sexualidade 3: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____. **Microfísica do poder.** 25ª edição. São Paulo: Graal, 2012.

FRANCO, Camila Maia; FRANCO, Túlio Batista. **Linhas do Cuidado Integral:** uma proposta de organização da rede de saúde. Universidade Federal Fluminense, 2011. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização** (1930). Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

LANCETTI, Antonio. **A clínica peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **Os riscos escondidos do crack.** 2011. Disponível em: <http://www.coletivodar.org/2011/09/os-riscos-escondidos-do-crack-por-antonio-lancetti/>

NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO. 2ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

PETUCO, Denis Roberto da Silva ; MEDEIROS, Rafael Gil. **Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas:** Contribuição à IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. 2010. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/9808-saude-mental-alcool-e-outras-drogas-contribuicao-a-iv-conferencia-nacional-de-saude-mental-intersectorial>

OLIEVENSTEIN, Claude. Assistência a adolescentes toxicômanos e 76 adolescentes usuários de produtos tóxicos. **Boletim de Psiquiatria de São Paulo.** São Paulo, v. 19, n. 1-2, p. 14-18. 1987.

ROBERTO, Clarice. Redução de danos: consequências na clínica analítica. In: **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre.** Número 24. Porto Alegre: APPOA, 2003.

SANTOS, Milton. **Pensando o espaço do homem.** 5ª Ed. São Paulo: Editora da USP, 2004.

_____. **O mundo global visto do lado de cá.** Documentário: 2006. Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=-UUB5DW_mnM