

## Slow care: a redução de danos como estratégia para ralentar o cuidado

Harm reduction as a strategy to slow care

La reducción de daños como estrategia para ralentizar el cuidado

Helvo Slomp Junior (<https://orcid.org/0000-0001-5346-0965>)<sup>1</sup>

Maria Paula Cerqueira Gomes (<https://orcid.org/0000-0002-5811-3302>)<sup>2</sup>

Tulio Batista Franco (<https://orcid.org/0000-0001-7372-5262>)<sup>3</sup>

Emerson Elias Merhy (<https://orcid.org/0000-0001-7560-6240>)<sup>1</sup>

**Resumo** O artigo trata da relação entre o tempo, no cuidado em saúde, e a sociedade onde o mesmo se dá. Cuidado como uma clínica comprometida com a integralidade do processo saúde-doença e com a autonomia dos sujeitos, e que ocorre no encontro intercessor. Trata de duas dimensões do tempo do cuidado: o cronos ou duração entre dois eventos, que guia as intervenções em saúde com prazos e metas para o controle dos resultados; e a temporalidade aiôn, dos acontecimentos. Examina-se tais dimensões na sociedade do desempenho ou do cansaço, e a possibilidade de se privilegiar nela as interrupções, o “não fazer” contemplativo e o entre temporal. A partir das proposições de um movimento social e de um neologismo verbal, propõe-se o acontecimento “ralentar o cuidado” (slow care), ou seja, construir estratégias para a gestão tanto dos vários tempos cronos que atravessam o cuidado, como abrir-se aos acontecimentos e às interferências que estes produzem, enquanto ressonâncias, sutilezas, pequenas mudanças (aiôn). Por fim, aponta-se a redução de danos como uma estratégia para se ralentar o cuidado.

**Palavras-chave** Cuidado, Cuidados integrais de saúde, Prática integral de cuidados de saúde

**Abstract** This article deals with the relationship between time, in health care, and the society where it takes place. Care as a clinic committed to the integrality of the health-disease process and to the autonomy of the subjects, which takes place in the intercessory encounters. It deals with two dimensions of care time: the chronos or duration between two events, which guides health interventions with deadlines and goals to control the results; and the aiôn temporality of events. Such dimensions are examined in the society of performance or weariness, and the possibility of privileging interruptions, the contemplative “not doing” and the temporal in-between. Based on the propositions of a social movement and a verbal neologism, “slow care” is proposed as the construction of strategies for managing either the various chronological times that cross the health care, and the opening of oneself to events and the interferences they produce, as resonances, subtleties, small changes (aiôn). Finally, harm reduction is pointed out as a strategy of slow care.

**Key words** Empathy, Comprehensive health care, Integral healthcare practice

**Resumen** Este artículo aborda la relación entre el tiempo, en el cuidado de la salud y la sociedad donde se desarrolla. El cuidado como clínica comprometida con la integralidad del proceso salud-enfermedad y la autonomía de los sujetos, y que se desarrolla en el encuentro intercesor. Se trata de dos dimensiones del tiempo de atención: el cronos o duración entre dos eventos, que orienta las intervenciones en salud con plazos y metas para controlar los resultados; y la temporalidad aiôn, de los acontecimientos. Estas dimensiones se examinan en la sociedad del desempeño o del cansancio, y la posibilidad de privilegiar las interrupciones, el “no hacer” contemplativo y los intermedios temporales. A partir de propuestas de un movimiento social y de un neologismo verbal, se propone el evento “cuidado lento”, es decir, construir estrategias para gestionar tanto los diversos cronos que abarcan el cuidado, como abrirse a los eventos y las interferencias que estos producen, como resonancias, sutilezas, pequeños cambios (aiôn). Finalmente, se destaca la reducción de daños como una estrategia para ralentizar la atención.

**Palabras clave** Cuidado, Atención integral de salud, Práctica integral de cuidados de salud

<sup>1</sup> Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Av. Aluísio da Silva Gomes 50, Bairro da Glória. 27930-560 Macaé RJ Brasil. helvosj@gmail.com

<sup>2</sup> Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

<sup>3</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Niterói RJ Brasil.

## Introdução

Na esteira de um debate que seguimos produzindo sobre o cuidado em saúde<sup>1,2</sup>, em especial a partir de certas formulações sobre o tema do projeto terapêutico singular<sup>2</sup>, agregamos, neste artigo, além do interesse pela relação entre o tempo do cuidado, o tema da sociedade onde essas ofertas se dão. Se o cuidado em saúde é um conjunto mutável e heterogêneo de práticas sociais interessadas na potencialização da vida, depende de onde e quando acontece, e mediante que relações, então a sociedade na qual se cuida também precisa ser levada em consideração para se compreender o cuidado ali produzido.

Ao olharmos para essa conjunção entre nossa sociedade atual e seus modos de cuidar na saúde, percebe-se uma tensão no tempo do cuidado, enquanto velocidades e lentidões<sup>3,4</sup>, bem como na presença de um certo cansaço, que é chave para as diferentes apostas existenciais no cuidar<sup>5</sup>.

A partir das proposições do movimento social *slow food* e de um neologismo verbal que explicaremos a seguir, ao final propomos um acontecimento que chamamos “ralentar o cuidado” (*slow care*), ao reencontrarmos a já conhecida estratégia de redução de danos (RD).

### O cuidado em saúde como problemática em aberto

Temos discutido sobre não haver consenso quanto ao que viria a ser cuidado em saúde<sup>1,6</sup>, um conceito muito frequentemente utilizado, em primeiro lugar, como equivalente a qualquer das práticas de saúde e intervenções clínicas que conhecemos<sup>1,6</sup>. Em segundo lugar há, especialmente no bojo de uma certa vertente da saúde coletiva brasileira, uma distinção entre as práticas de saúde que seriam efetivamente cuidadoras e as demais: cuidado agora passaria a ser o que ocorre no contexto de uma clínica comprometida com a integralidade do processo saúde-doença e com a autonomia dos sujeitos que o recebem<sup>1,6</sup>.

Em terceiro lugar, e queremos nos ater em especial a esta perspectiva, pressupondo-se também o comprometimento que citamos, haveria cuidado quando – na dimensão micropolítica da vida – acontece o encontro intercessor, aqui compreendido como a operação de tecnologias leves, ou seja, as relações entre pessoas envolvidas no cuidado em uma mútua afetação, que passam a orientar os procedimentos técnicos que representam as tecnologias duras (insumos

e equipamentos) e leve-duras (diretrizes clínicas e protocolos assistenciais)<sup>1,6</sup>. Houve cuidado, nessa perspectiva, se houve produção de mais vida na vida vivida<sup>1</sup>.

### A dimensão temporal e o cuidado

Falar do tempo na saúde é um desafio, e aqui retomamos outra discussão que fizemos<sup>1</sup> quando buscamos uma leitura para o cuidado que não o restringisse somente ao tempo que é marcado no relógio e no calendário, aquele tempo cronológico que nos mantém disciplinados(as) em ações cronometradas. A essa dimensão do tempo, que para a física clássica é a duração entre dois eventos medida por alguma oscilação repetida e constante no universo, chamaremos *cronos*, com Deleuze e Guattari e os antigos pensadores gregos estóicos<sup>3,4,7</sup>.

Nossa cognição parece condicionada ao tempo *cronos*, que temos como dado, até porque nossa vida cotidiana é orientada por ele, a ponto de por vezes não percebermos que mesmo essa dimensão temporal é múltipla em si. Por exemplo: nos encontros cuidadores se entrelaçam vários tempos *cronos*: o do(a) usuário(a)-cidadão(a), o de seu trabalho, o de seus familiares, o de cada pessoa de uma equipe de saúde que o acolhe, os de cada instituição onde acontece o cuidado etc. O mundo do trabalho em saúde é lugar de um conjunto cada vez mais sofisticado de técnicas, protocolos e procedimentos, todos importantes e necessários, mas não sem se intensificar ritmos e capturar o tempo no trabalho em saúde.

No entanto, na própria física a teoria da relatividade ensina que essa definição clássica do tempo é fraca, e o traz para junto da dimensão espaço, propondo o “espaço-tempo”. O tempo, agora atrelado ao espaço, deixa de ser compreendido como constante<sup>7</sup>. Para os estóicos, também havia outra temporalidade, ilimitada, que mantém no presente muito do que já nos aconteceu (passado), e ao mesmo tempo faz germinar tudo aquilo tudo que ainda está para acontecer (futuro): o tempo *aiôn* ou, para Deleuze e Guattari, o tempo dos acontecimentos<sup>3,4</sup>.

“Acontecimento” aqui tomado não como o puro evento, mas como seus efeitos, quando esses são significativos ao modo de um encontro intercessor, ou, com Guattari, como a emergência de outro Ser<sup>8</sup>. Uma história das doenças pregressas ou um plano terapêutico, na clínica, colocarão em jogo cronologias temporais bastante objetivas (*cronos*), que por si só já demandarão uma complexa gestão do cuidado. Se acrescentarmos os acontecimentos nessas vidas (*aiôn*), justificam-se

outros sentimentos e percepções que borram a temporalidade aparente do presente.

### O cuidado na sociedade do desempenho

Em nossas sociedades de hoje há certas temporalidades mais possíveis que outras. Com Byung-Chul Han entendemos essas possibilidades, em seu conjunto, como parte do que o autor chama de uma sociedade do desempenho<sup>5</sup>, ou seja, uma passagem histórica do sujeito da obediência das sociedades disciplinares para o sujeito do desempenho, agora lançado à sua vida solitária para que garanta, por sua conta e risco, a motivação e a iniciativa para seus projetos de vida e para o trabalho. Agora “livre”, ainda que angustiado e sentindo-se insuficiente, precisa ser ativo e administrar a coerção contra si mesmo<sup>5</sup>. Para sobreviver ao fracasso e à depressão inevitáveis nesse processo, para o autor o indivíduo se autoexplora, obriga-se à multitarefa já imposta, experienciando um “cansaço” também solitário, cego, calado e sempre dividido (“o meu cansaço cá e o seu lá”)<sup>5</sup>.

Quem trabalha na área da saúde, imbuído(a) ou não de um *ethos* cuidador, é igualmente demandado(a) quanto à produtividade e à eficiência. Aliás, muitas vezes não vê outra possibilidade que não seja manter suas práticas em tempos *cronos* de altas velocidades, sem paradas ou desacelerações.

Em contraposição, no próprio cansaço do esgotamento que a sociedade do desempenho produz, Han visualiza a possibilidade de se privilegiar as interrupções, um “não fazer” sereno, um olhar mais lento e demorado, uma atenção mais contemplativa, abrindo-se um *entre* ou tempo intermédio entre os sujeitos, onde não há dominação circula a amizade. O cansaço então passa a deixar ver e falar, a reconciliar, a torna-se um “cansaço-nós” ou cansaço fundamental<sup>5</sup>.

### Ralentando o cuidado para perceber as interferências

Em uma reflexão anterior, fizemos um esforço para repensar a temporalidade *aiôn* no cuidado em saúde valendo-nos do programa de um movimento social (*slow food*), e de uma notação musical (simbolizada pelo verbo na língua italiana *rallentare*)<sup>9</sup>. Neste artigo pretendemos desenvolver um pouco mais essa discussão.

O movimento *slow food* surge nos anos 1980 na Itália como enfrentamento político frente à onda das grandes redes de lanches rápidos que então se alastravam nas cidades mundo afora, o

chamado *fast food*, inicialmente como “um movimento internacional pela defesa do direito ao prazer”<sup>10,11</sup>. Segue-se a internacionalização dessa resistência e a sofisticação de seu escopo político, hoje abrangendo, entre outros, o direito à alimentação saudável e o papel da agricultura familiar e do meio ambiente na produção de alimentos. “Defender a tranquilidade” e “libertar-se da velocidade” são alguns dos seus motes centrais<sup>10,11</sup>.

Por outro lado, na música erudita o metrônomo, marcando o tempo *cronos*, determina o que se chama de “andamento” ou velocidade de pulsação de uma peça musical, tradicionalmente nomeado nas partituras com palavras na língua italiana<sup>12</sup>. Por exemplo, se em uma música passa-se de um trecho em *allegro* (alegre) para outro em *adâgio* (devagar, cuidadosamente), houve uma desaceleração, diminuiu-se a velocidade da execução musical, o que não corresponde necessariamente a uma diminuição da intensidade afetiva ou do encantamento estético pelos quais o novo trecho nos agencia, podendo ser o contrário.

O verbo em italiano para essa mudança é *rallentare*, que significa desacelerar<sup>9</sup>, mas que na prática não se restringe à velocidade dos *beats* musicais, e sim à mudança na “atmosfera” musical. Exercitando um neologismo, agora em português, poderíamos falar em “ralentar” o cuidado, no esforço de agregar o sentido de uma mudança de andamento no viver, freando ou despistando o *cronos* para, enquanto cuidadores(as) na saúde, melhor experienciar as ondulações *aiôn* do nosso presente.

Como profissionais de saúde, somos formados para dar soluções a problemas, às vezes em caráter de urgência ou emergência<sup>13</sup>. Há uma demanda social para isso, algo ainda mais crucial na sociedade do desempenho, e o tempo *cronos* guia as intervenções, com prazos e metas para o controle dos resultados, pois é preciso ter êxito. Nesse afã, fica difícil perceber as sutilezas, as pequenas mudanças, os avanços quase imperceptíveis: as *interferências*<sup>14</sup>.

Ainda que o tempo cronológico nunca pare de correr, é possível reconhecer as interferências que sempre estão acontecendo no plano micropolítico da vida, sem uma finalidade utilitarista, mas sim permitindo certa gratuidade no encontro cuidador, como um “não fazer”<sup>4,15</sup>. As interferências, embora sejam efeitos menos visíveis/audíveis/reconhecíveis, não são necessariamente menos importantes ou duradouros, e quando deixam seu rastro, esses serão percebidos até mesmo no decorrer do próprio tempo cronológico.

Ralentar o cuidado não significa desacelerar uma ação que deve ser rápida, e muito menos recuar ou desistir de cuidar, mas sim compor com outras temporalidades para continuar insistindo no cuidar, a cada momento de outro jeito. Em um duplo neologismo, ralentar o cuidado para nós tem a ver com *slow care*, ou seja, construir estratégias para a gestão tanto dos vários tempos *cronos* que nos atravessam em cada momento como para nos atermos aos acontecimentos. Uma estratégia já bem experimentada para ralentar o cuidado é a RD.

### **A redução de danos como uma estratégia *slow care***

A preocupação estrita com o procedimento como solução para certas metas terapêuticas pode tanto produzir saúde como perpetuar danos já presentes, ou introduzir outros pela própria intervenção, configurando intervenções iatrogênicas ou traumáticas. Ou nem tanto, pois uma intervenção que não faça sentido para quem a recebe, ou que demanda um esforço que não é possível no momento, pode simplesmente ser ignorada ou mesmo ser frontalmente negada. Seriam oportunidades para se ralentar o cuidado, e com a RD muitas equipes de saúde vêm fazendo isso há décadas.

A RD foi inventada na Holanda em plenos anos 1980, quando a transmissibilidade da hepatite B, e de uma doença que depois saberíamos ser causada pelo vírus HIV, ambas relacionadas ao compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis, era um problema emergente<sup>16-18</sup>. A grande preocupação era evitar que os usuários de drogas injetáveis não se infectassem e não transmitissem a outros, ao mesmo tempo em que se lidava com sua relação com a substância. É com esse caráter inovador que a RD chega ao Brasil, inicialmente na cidade de Santos-SP<sup>16,18</sup>, se expande e, nas décadas seguintes, passa a ser implementada em políticas públicas<sup>19-21</sup>.

Para Passos e Souza, o paradigma da abstinência, intervenção hegemônica para quem sofre com álcool e outras drogas, poderia ser *uma direção clínica possível e muitas vezes necessária*<sup>16</sup>, mas, ao contrário, é *uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva, na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso*<sup>16</sup> (p. 157).

A RD, ao tensionar esse paradigma, propõe uma abertura que só é possível porque, ao

nosso ver, ralentou-se o cuidado, respeitando-se as interferências e a singularidades envolvidas. Depois de uma fase mais focada em práticas como trocas de seringas, educação em saúde, disponibilização da vacinação e insumos<sup>18,22</sup>, a RD segue ampliando seu objetivo de valorizar a vida, e Lancetti vai defini-la como sendo<sup>3</sup>:

*[...] uma política e uma prática de saúde pública definida como uma série de procedimentos destinados a atenuar as consequências adversas do consumo de drogas. Como política, é frontalmente divergente da política predominante de combate às drogas, fundamentada na criminalização, com o objetivo de eliminá-las. Como prática de saúde pública, está em franca sintonia com todas as experiências sanitárias que buscam a defesa da vida* (p. 77)<sup>23</sup>.

Para o autor, a RD, *“no plano da proposta e na sua preciosa simplicidade, é redutiva, mas, quando analisada na sua capilaridade, é menos uma diminuição do risco e mais uma ampliação da vida”* (p. 80)<sup>23</sup>. Se nasceu relacionada ao sofrimento devido ao álcool e a outras drogas, a RD é uma estratégia para ralentar o cuidado cada vez mais presente em outras práticas de saúde, de um modo geral.

Em tempo: embora não seja o escopo deste artigo, não se pode desvincular a possibilidade de práticas *slow care*, como a redução de danos, da gestão do trabalho em saúde e dos arranjos dos serviços setoriais. Machado *et al.*, por exemplo, observaram que a RD pode até acontecer em alguns serviços, mas não em todos, e muito dificilmente se estende à articulação do cuidado nas redes<sup>17</sup>, o que nos leva a concluir que é possível ralentar o cuidado, desde que as equipes de saúde possam também contar com formação permanente e o devido apoio organizacional.

### **Um esforço provisório de síntese**

Como profissionais de saúde, por demanda social, formação e construção histórica, tendemos a um agir intervencionista, e aceleramos cada vez mais nossas práticas de saúde, que por sua vez podem ou não se reverter em atos cuidadores. Mesmo em um cuidado comprometido com a integralidade e a autonomia do outro, e no qual as tecnologias leves estão presentes para produzir um encontro cuidador, há um tempo *cronos* a nos capturar em prazos e metas temporais, e, premidos(as) pela demanda de eficiência, nos aceleramos cada vez mais.

Nesse nosso modo hiperativo de sermos profissionais de saúde na sociedade do desempenho, é um desafio abrir-se para entremeios

*aiôn*, onde o importante sejam novas visibilidades, e onde circule a amizade: um “cansaço-nós”. Desacelerar e olhar o mais calmamente possível para os vários vetores *cronos* sobrepostos em cada cenário de cuidado pode ser um bom começo para se abrir às necessárias rachaduras *aiôn* de que precisamos.

Ralento o cuidado (*slow care*) é desacelerar em todas essas dimensões e abrir-se para as lentidões, deixando fluir livremente as interferências, aquelas ressonâncias que sempre caminham junto com as intervenções, ou que andam

sozinhas, mudanças que mesclam passado e futuro porque são disparadas pelos acontecimentos e que, embora menos intensas, não são menos importantes, duradouras ou mudancistas. Entre as múltiplas estratégias para ralento o cuidado, todas dependentes de formação permanente e apoio organizacional para as equipes de saúde, a RD é uma das mais poderosas, entre outros motivos porque, ao desviar-se da ânsia exclusiva pela meta, reconstrói a própria meta como sendo a vida.

### Colaboradores

H Slomp Junior concebeu o artigo. Todos(as) os(as) autores participaram das análises. H Slomp Junior e MPC Gomes redigiram o texto. Todos(as) os(as) autores o revisaram criticamente e aprovaram a versão a ser publicada.

## Referências

1. Slomp Junior H, Gomes MPC, Merhy EE, Franco TB. Do olhar da espiral caleidoscópica do cuidado. *Saude Soc* 2023; 32(4):e220582pt.
2. Slomp Júnior H, Franco TB, Merhy EE. *Projeto terapêutico singular como dispositivo para o cuidado compartilhado*. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2022.
3. Monegalha F. O tempo do sentido: cronos e aion no pensamento deleuzeano. *Manguel Rev Filosofia* 2018; 1(2):88-95.
4. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Ed. 34; 2005.
5. Han BC. *Sociedade do cansaço*. Petrópolis: Vozes; 2015.
6. Slomp Junior H, Franco TB, Merhy EE. O cuidado e sua relação com a clínica e a atenção à saúde. In: Slomp Junior H, Franco TB, Merhy E, organizadores. *Projeto terapêutico singular como dispositivo para o cuidado compartilhado*. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2022. p. 24-51.
7. Loss PEN. A ilusão do tempo [Internet]. *Ciência todo dia*. 2023. [acessado 2023 nov 10]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2ZdCJ9tONL4>
8. Guattari F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34; 2006.
9. Dastoli CA. *Parola chiave: dizionario di italiano per brasiliani*. Milão/São Paulo: Giunti Editore/Martins Fontes; 2007.
10. Petrini C, Bogliotti C, Rava R, Scaffidi C. Slow Food [Internet]. A centralidade do alimento. Documento do congresso 2012-2016. *Slow Food*; 2016. [acessado 2023 nov 10]. Disponível em: [https://slowfoodbrasil.org.br/wp-content/uploads/2012/10/documentos\\_a-centralidade-do-alimento-carlo-petrini.pdf](https://slowfoodbrasil.org.br/wp-content/uploads/2012/10/documentos_a-centralidade-do-alimento-carlo-petrini.pdf)
11. Associação Slow Food do Brasil. Movimento Slow Food [Internet]. *Slow Food Brasil*. 2020. [acessado 2023 nov 10]. Disponível em: <https://slowfoodbrasil.org.br/movimento/>
12. Tavares F. Noções elementares de ritmo - material de apoio para o webinar 4 [Internet]. Universidade de São Paulo; 2022. [acessado 2023 nov 10]. Disponível em: <https://sites.usp.br/gepespp-ledep/wp-content/uploads/sites/662/2022/03/Webinario-4-Aula-03-Ritmo.pdf>
13. Slomp Junior H, Feuerwerker LCM, Land MGP. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. *Cien Saude Colet* 2015; 20(2):537-546.
14. Henz AO, Rodrigues A, Capozzolo AA, Santos CEA, Lima ER de, Cordeiro GLB de, Moreno HV, Almeida LAM, Silva MJ, Baldo, RC, Casetto SJ, Pereira TLD, Lima TPH. Cabeça Dizpensa, corpo desvago: experimentações de um Laboratório de Sensibilidades. *Fractal Rev Psicol* 2017; 29(2):96-102.
15. Slomp Junior H, Franco TB, Merhy EE. Construindo um plano de cuidados: ralentando o cuidado, produzindo interferências, e abrindo para a redução de danos. In: Slomp Junior H, Franco TB, Merhy E, organizadores. *Projeto terapêutico singular como dispositivo para o cuidado compartilhado*. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2022. p. 175-197.
16. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicol Soc* 2011; 23(1):154-162.
17. Machado AR, Modena CM, Luz ZMP. Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas? *Physis* 2020; 30(1):e300118.
18. Vinadé TF, Cruz MS, Barbeito MM. Estratégias de redução de danos: da atenção primária à secundária. In: Duarte PCAV, Formigoni MLOS, organizadores. *Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas (SUPERA): encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania; 2017. p. 93-103.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: MS; 2005.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Lei nº 11.343, de 26 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 26 ago.
21. Associação Brasileira de Redução de Danos. O que é a ABORDA? [Internet]. *ABORDA*. 2022. [acessado 2023 nov 10]. Disponível em: <https://abordabrasil.blogspot.com/p/o-que-e-aborda.html>
22. Inglez-Dias A, Ribeiro JM, Bastos FI, Page K. Políticas de redução de danos no Brasil contribuições de um programa norte-americano. *Cien Saude Colet* 2014; 19(1):147-158.
23. Lancetti A. *Clínica paripatética*. São Paulo: Hucitec; 2016.

---

Artigo apresentado em 02/08/2023

Aprovado em 06/11/2023

Versão final apresentada em 08/11/2023

---

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva