

A REDUÇÃO DE DANOS COMO UMA ÉTICA DO CUIDADO: UMA REVISÃO NARRATIVA

MAXIMINO^I, Caio
ALMEIDA^{II}, Maria Emilia Pirovano de

Resumo

O presente trabalho teve como objetivo estabelecer, a partir de uma revisão narrativa da literatura, a relação da redução de danos como uma prática em ética do cuidado. O consumo de substância psicoativas é uma realidade, e que está presente nas sociedades a milênios de ano, logo muitos desses usuários de drogas não conseguem ou não desejam seguir em abstinência, para esses casos a redução de danos surge como uma alternativa de cuidado e atenção. Colocada como uma política, uma abordagem, um conjunto de práticas e alternativas, a redução de danos enxerga o sujeito além da relação droga-usuário, e não é baseada em preceitos das vertentes éticas normativas, mas pautada em preceitos da ética do cuidado, que procura respeitar os indivíduos dentro do seu contexto social, sua autonomia, e liberdade de escolha.

Palavras-chave: Reabilitação psicossocial; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Redução de danos; Ética do cuidado; Drogas.

1

HARM REDUCTION AS AN ETHICS OF CARE: A NARRATIVE REVIEW

Abstract

The present work aimed to establish, from a narrative review of the literature, the relationship of harm reduction as a practice in ethics of care. The consumption of psychoactive substances is a reality, and it has been present in societies for thousands of years, so many of these drug users are unable or unwilling to continue abstinence, for these cases, harm reduction emerges as an alternative care and attention. Placed as a policy, an approach, a set of practices and alternatives, harm reduction sees the subject beyond the drug-user relationship, and is not based on precepts of normative ethical aspects, but based on precepts of the ethics of care, which seeks to respect individuals within their social context, their autonomy, and freedom of choice.

Keywords: Psychosocial rehabilitation; Substance-Related Disorders; Harm reduction; Ethics of care; Drugs.

LA REDUCCIÓN DE DAÑOS COMO ÉTICA DEL CUIDADO: UNA REVISIÓN NARRATIVA

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo establecer, a partir de una revisión narrativa de la literatura, la relación de la reducción de daños como práctica en la ética del cuidado. El consumo de sustancias psicoactivas es una realidad, y ha estado presente en las sociedades desde hace miles de años, por lo que muchos de estos usuarios de drogas no pueden o no quieren continuar con la abstinencia, para estos casos, la reducción de daños surge como una alternativa de cuidado y atención. Colocada como una política, un abordaje, un conjunto de prácticas y alternativas, la reducción de daños ve al sujeto más allá de la relación droga-usuario, y no se basa en preceptos de aspectos éticos normativos, sino que se basa en preceptos de la ética del cuidado, que busca respetar a los individuos dentro de su contexto social, su autonomía y libertad de elección.

Palabras-clave: Rehabilitación psicossocial; Trastornos Relacionados con Sustancias; Reducción de daños; Ética del cuidado; Drogas.

2

INTRODUÇÃO

*A única luta que se perde é a que se abandona e nós nunca
Nunca abandonamos luta
- Don L*

A Organização Mundial de Saúde, em 1993, definiu droga como sendo “toda e qualquer substância capaz de provocar alterações no funcionamento do Sistema Nervoso central (SNC)”, denotando assim vários conceitos em uma mesma palavra, abrangendo substâncias que integram um conjunto complexo e diversificado, que pode ser classificado de acordo com a utilização e as diferentes relações entre substância-usuário (Escohotado, 2004; Santos & Miranda, 2016; Vargas, 2008). Essa polissemia reflete como a relação da humanidade com plantas e outras substâncias capazes de provocar alteração na consciência existe desde a pré-história, e as drogas passam a ser vistas como um problema para a sociedade a partir do século XIX (Campbell, 2010; 2011; Escohotado, 2004; Vargas, 2008).

Fortemente influenciado pelo modelo biomédico e ideias hospitalocêntricas, o fio condutor na intervenção junto ao usuário de drogas foi retratar a dependência química como uma doença crônica e sem cura, o que, juntamente com o viés moral-religioso, acaba por estigmatizar o usuário como um desviante e coloca a abstinência como único meio para erradicar o uso de drogas (Santos & Miranda, 2016). *A priori*, a redução de danos (RD) surge com a intenção de contrapor essa visão patológica-religiosa-moral, apresentando-se como

alternativa para lidar com os problemas que surgem em consequência da utilização dessas substâncias psicoativas, incluindo fundamentos éticos e humanos em suas práticas de saúde (Santos, Soares & Campos, 2010; Santos & Miranda, 2016).

Entretanto, Santos et al. (2010), ao analisarem os estudos produzidos no Brasil, apontam a existência de diversos recortes dentro da redução de danos, com diferentes pontos de vista e objetivos distintos, mostrando que ela não possui um padrão estabelecido a ser seguido. Por vezes, as práticas de RD se colocam como intervenções sobre o indivíduo, com um discurso francamente liberal de autonomia individual e descolando o uso de substâncias de sua matriz histórico-cultural. Em outros contextos, a RD preocupa-se com os riscos sociais e almeja meios de minimizar esses riscos e agravos sociais de maneira comunitária, onde observa-se a relação de práticas redutoras com fazeres observados na ética do cuidado, priorizando uma abordagem contextual, conexões humanas e relacionamento comunitário (Santos et al., 2010; Zoboli, 2004).

Sugerimos que essa dificuldade na abordagem resulta dos dilemas ético-políticos da RD. Nesse trabalho, buscamos relacionar a perspectiva comunitária da redução de danos com as formulações atuais da ética do cuidado, propondo visualizar a RD como uma ética do cuidado. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica englobando o papel da redução de danos e conceitos do que é a ética do cuidado, buscando estabelecer uma relação entre esses temas. Sugerimos que essa aproximação pode produzir avanços conceituais na própria noção de *cuidado*, sugerindo assumir a RD como ética do cuidado pode ajudar a evitar incluir práticas como internação compulsória ou laborterapia no *cuidado ao usuário de drogas*.

3

DESENVOLVIMENTO

Consumo e proibição do uso de drogas no Brasil

O consumo de drogas, apesar de estar presente em todas as civilizações conhecidas, só passou a sofrer sanções de controle e ser colocado como um problema social no início do século XX, sendo instaurado assim o paradigma proibicionista que deu início ao que conhecemos hoje como “guerra às drogas” e que aplicou punições a aqueles que consumissem, vendessem ou produzissem drogas (Escohotado, 2004; Fiore, 2012; Rosa, 2012).

A escalada do proibicionismo ocorre após um período marcado pelo liberalismo farmacológico, quando diversos fármacos foram descobertos e difundidos em diversos produtos, com forte incentivo ao consumo. É a reação antiliberal, que passa a estabelecer controle quanto a produção, comercialização e uso dessas substâncias, dando início a esse movimento (Escohotado, 2004). Rosa (2012) afirma que a forma como essas drogas são utilizadas é um fator determinante na proibição, sobrepondo-se às propriedades

farmacológicas de tais substâncias e perpassando por questões econômicas, políticas, culturais e, principalmente, morais.

Os EUA foram os pioneiros em ações proibicionistas, porém foi a concordância dos demais países que possibilitou que a estigmatização das drogas fosse adotada como padrão em diversos países, inclusive o Brasil (Campbell, 2010; Queiroz, Jardim & Alves, 2016). No país, a Câmara do Rio de Janeiro proíbe, em 1830, a comercialização e o consumo de maconha, e essa proibição já nasce como uma lei racista, sendo a repressão à utilização da planta coincidente com a repressão aos grupos marginalizados que habitavam as encostas dos morros da cidade. Tal ação combinava medidas e mesclava os discursos eugenistas com uma tentativa de controle racial, vigentes desde aquela época (Queiroz et al., 2016; Silva, 1997).

As medidas proibicionistas foram determinantes para a articulação do entendimento atual que diferencia a forma de enxergar as drogas legais e ilegais, determinando o que é certo ou errado. Atrelado à ideia médica eugenista e às convenções e legislação vigentes, o usuário de droga passa a ser visto e tratado como doente e criminoso, e a única proposta para solucionar o problema das drogas está na abstinência (Campbell, 2010; Escohotado, 2004; Fiore, 2012; Vargas, 2008).

Seguindo esse modelo biomédico combinado com o jurídico-moral, temos um procedimento de prevenção e intervenções que se assemelha àquele utilizado para o tratamento de doenças infecciosas, como se o consumo de drogas fosse uma infecção que precisa ser combatida e o usuário um sujeito frágil, que foi contaminado pela “dependência química” e precisa ser protegido, construindo assim uma imagem negativa de que esse usuário pode, se mantido em convívio com os demais, contaminar e ameaçar a tranquilidade da comunidade (Queiroz et al., 2016).

4

Nessa conjuntura, como os efeitos do uso de drogas são considerados sempre trágicos, as intervenções têm caráter diretivo, sendo a vontade do sujeito fundamental num processo de educação democrática, considerada um obstáculo a ser transposto. [...]. Além disso, costuma ser significativa a atribuição individualizada de responsabilidades e muito raramente promove-se uma discussão sobre a influência do nosso modelo de sociedade no uso abusivo de drogas (Queiroz et al., 2016, p. 655).

O que é conhecido hoje como política de drogas é fundamentado em três eixos: “redução de ofertas”, “redução de demanda” e “redução de danos”. A “redução de oferta” é caracterizada pela destruição de plantações e princípios ativos, repressão à produção, refino e comercialização de droga ilícitas. Já a “redução de demandas” busca a diminuição ou desestimulação do consumo, por meio de políticas de prevenção e conscientização. Por fim, a “redução de danos” aparece como uma possibilidade intermediária, atuando para prevenir possíveis consequências danosas à saúde, sem que seja preciso reduzir oferta e demanda (Rosa, 2012).

Aspectos históricos da redução de danos

Surgimento e evolução da redução de danos

Não se sabe ao certo quando se iniciam as práticas de redução de danos, visto que a preocupação quanto à maneira de consumir diversas substâncias existe desde a Idade Média; porém, a publicação do Relatório Rolleston, em 1926, na Inglaterra, é considerada o marco inicial, ainda que não fosse denominado como redução de danos. O relatório defendia que, no tratamento de dependentes de morfina ou heroína, a melhor estratégia não era iniciar a abstinência de forma repentina, mas reduzir o consumo das substâncias de forma gradativa. Para isso, era necessário que os médicos prescrevessem e monitorassem o consumo daquelas drogas, bem como acompanhassem aqueles que optam pela abstinência, auxiliando-os no alívio dos sintomas causados por ela (Escohotado, 2004; Fonsêca, 2012; Silva, 2020; Smith, 2012). Ao conflitar com as práticas que demandavam abstinência completa, a prática aplicada e divulgada no Relatório Rolleston gerou uma série de polêmicas, fazendo com que as iniciativas não prosperassem nesse primeiro momento. Contudo, muitas iniciativas foram mantidas de forma clandestina (Domanico, 2018; Smith, 2012; 2016a).

Apenas em meados dos anos 1980, com a disseminação de HIV/AIDS e hepatite B entre usuários de drogas injetáveis, medidas de redução de danos são retomadas. Em 1984, na Holanda, tem início o primeiro programa de troca de seringas, que incentivava o não-compartilhamento delas, buscando reduzir a transmissão das doenças. Tal iniciativa foi replicada na Austrália, Canadá, Estados Unidos, e pelo continente europeu ao longo da década. O reconhecimento das práticas utilizadas cresceu com o entendimento de que a forma de utilização de drogas injetáveis impulsionou a disseminação de HIV e hepatite B entre a população usuária de drogas intravenosas (Domanico, 2018; Fonsêca, 2012; International Harm Reduction Association, 2010; Queiroz et al., 2016). Já na Inglaterra as práticas de saúde pública relacionadas à redução de danos passam a oferecer, a partir de 1985, uma série de serviços que envolvem a troca de seringas, educação na comunidade, aconselhamento, emprego, moradia, e tratamento aos que assim desejassem (Fonsêca, 2012). A expressão “redução de danos” aparece no vocabulário da saúde somente em 1993, entre especialistas membros de um comitê da Organização Mundial da Saúde (Silva, 2020).

Fonsêca (2012) afirma que a história da redução de danos ainda está em processo de construção, finalizando um processo transitório, que teve início com estratégias que buscavam o controle de doenças infectocontagiosas, chegando no que hoje conhecemos como uma abordagem ético-política no cuidado de pessoas usuárias de drogas.

Silva (2020) destaca a diversidade de sentidos para o entendimento do que é redução de danos, colocando-a como uma abordagem, uma política, e um conjunto de práticas e estratégias. Como uma abordagem de saúde pública, a redução de danos percebe o sujeito na sua singularidade e, assim, busca fomentar mecanismos que auxiliem na defesa da vida,

aceitando a pessoa como ela é, sem que haja juízo de valor e distanciando-se da estigmatização desse usuário, atuando em apresentar formas mais seguras frente a diferentes comportamentos de alto risco e das consequências possíveis associadas a esse comportamento. Especificando se tal comportamento é seguro ou inseguro, as intervenções são realizadas sem que os direitos humanos dos usuários sejam negados ou minimizados, atuando para que eles sejam protegidos e respeitados (International Harm Reduction Association, 2010; Queiroz et al., 2016; Silva, 2020).

Nota-se que a redução de danos como abordagem é um tipo de aproximação respeitosa, um modo de tratar usuário de drogas não como doentes, tampouco como sendo destituídos de autonomia, mas sim uma maneira de cuidar e ofertar serviços de saúde pautados nas singularidades de cada um (Silva, 2020, p.43).

Se colocando como uma proposta antagonista ao proibicionismo, a política de redução de danos está pautada em uma outra concepção sobre o que é o uso de drogas, e enxerga na educação uma maneira de fornecer informações e respeitar a autonomia do usuário. Partindo do ponto que a chamada “guerra às drogas” é uma batalha perdida, e que não é possível existir um mundo onde não haja o consumo de drogas, a redução de danos reúne uma série de intervenções voltadas às substâncias lícitas e ilícitas, fundamentadas nos princípios de democracia direta, cidadania, direitos humanos, e saúde (Domanico, 2018; Queiroz et al., 2016; Silva, 2020; Siqueira, 2016).

A Associação Internacional de Redução de Danos (2010) conceitua que “redução de danos é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas”. Com base nessa definição, entende-se que a redução de danos se apresenta como um conjunto de estratégias que se propõe a prevenir e/ou minimizar os danos causados pelo consumo de drogas, centrando-se na pessoa e não no uso, sem que a abstinência seja a única alternativa (Domanico, 2018).

Mais do que minimizar os danos que a substância por si própria pode causar ao usuário, a redução deles se mostra uma alternativa voltada aos cuidados da saúde, para que quando, por infinitos motivos, não for possível adotar a abstinência, outros riscos à saúde possam ser evitados, olhando assim o consumo e a dependência de drogas através de outra perspectiva, imputando a esse comportamento uma complexidade que exige diferentes formas e estratégias de atuação (Domanico, 2018; Fonsêca, 2012).

Dirigida para os riscos e as consequências do uso de drogas, os agentes responsáveis pelas políticas públicas, bem como a comunidade, redutores de danos e usuários de drogas precisam estar cientes ao que estão expostos e de que forma, e a partir desse conhecimento definir as intervenções necessárias para minimizar os impactos (International Harm Reduction Association, 2010). Inicialmente vista como uma estratégia de prevenção, a redução de danos atualmente é percebida como uma ferramenta de assistência ao usuário,

fornecendo informações que garantam, entre outras circunstâncias, que o uso de substâncias seja feito de maneira mais segura, minimizando os riscos sociais e à saúde (Domanico, 2018).

As práticas de intervenção da redução de danos têm como característica uma fundamentação científica, baixo custo e alto impacto, além de serem medidas facilitadoras e não-coercitivas, apoiando-se nas necessidades do indivíduo, onde estão, onde vivem, mantendo-os vivos e protegendo-os daqueles danos irreparáveis (International Harm Reduction Association, 2010). Essa prática surge como uma “contra-prática”, rejeitando as formas conservadoras e moralizadoras de tratamento e cuidado (Smith, 2012, 2016b); sendo assim “a prática é o ‘real’ da teoria, execução da abordagem, aplicação da estratégia, ou seja, a redução de danos como maneira de produzir sentidos plurais, diversidade de realidades” (Silva, 2020, p. 46).

A redução de danos no Brasil

No Brasil, com a grande oferta de cocaína e a proibição das anfetaminas na década de 1970, houve aumento do número de pessoas que optam por substituir uma substância por outra, e passam a consumir a cocaína de forma injetável. (Domanico, 2018). Com as medidas de repressão às drogas, o porto de Santos, no litoral paulista, entra na rota do tráfico, e passa a ser um dos principais pontos de saída de cocaína da América do Sul, impactando no comércio e consumo dessas drogas injetáveis naquela região e, em consequência do compartilhamento de seringas pelos usuários de drogas injetáveis, Santos se tornou a cidade com o maior índice de infecção de pessoas pelo vírus HIV. Em 1989, naquela mesma cidade, surge o primeiro projeto de redução de danos, atrelado ao consumo de drogas injetáveis no Brasil, projeto esse que logo foi embargado pelo Ministério Público, que entendeu a ação como incitação e apologia ao uso de drogas, e recolheu o material, impedindo assim a continuidade do projeto (Domanico, 2018; Fonsêca, 2012; R. E. da Silva, 2020).

7

O surgimento do projeto de redução de danos gerou imensa polêmica nacional em todos os meios de comunicação e fóruns específicos, após o Ministério Público em Santos enquadrá-lo como crime, previsto na lei vigente sobre drogas no Brasil, a Lei 6.368 de 1976. De acordo com a interpretação daquele momento, a proposta se chocava com um dos artigos da referida lei, que considera crime qualquer forma de auxílio/incentivo àqueles que utilizam substâncias entorpecentes (Mesquita & Bastos, 1994, p. 169).

Como a estratégia de distribuir seringas novas não pôde ser mantida naquele momento, em 1991 uma ONG passa a distribuir hipoclorito de sódio para que as seringas pudessem ser desinfetadas; porém, os usuários não se adaptaram ao procedimento. Outro dilema dessa estratégia era que a medida eliminava o vírus do HIV, mas não os da Hepatite B e C, retornando ao ponto de que a medida mais segura era orientar o uso individual das

seringas (Domanico, 2018). Após um parecer favorável do Conselho Federal de Entorpecentes, o primeiro programa de troca de seringas só foi incluído nas práticas em 1995, através de uma parceria com o Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas, na Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA), na cidade de Salvador. Ao contrário da experiência vivenciada no litoral paulista, esta apresentou boa aceitação e resultados, imprimindo credibilidade às medidas tomadas (Brasil, 1996; Fonsêca, 2012; Queiroz et al., 2016).

É nos anos 1990, com as diversas conferências de redução de danos pelo mundo, que as práticas vão se intensificando. Em 1997, é fundada a Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA), e em 1998 surge a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC), que, com o auxílio de diversas organizações não governamentais (ONGs), se ramificam pelo país, capacitando e articulando a implantação de programas de redução de danos, até então voltados para frear a epidemia de HIV e outras doenças infectocontagiosas (Fonsêca, 2012; Queiroz et al., 2016). Somente no início dos anos 2000 a redução de danos é incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS), através do Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad), entretanto, a maioria dos projetos desenvolvidos no Brasil ocorriam, e ainda ocorrem, de forma marginalizada (Cruz, 2011; Fonsêca, 2012).

Políticas públicas em redução de danos no Brasil

8

A redução de danos é definitivamente colocada como estratégia de saúde pública em 2003, por meio do programa do Ministério da Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, sendo essa a primeira ação governamental voltada ao usuário de drogas, pela perspectiva da saúde (Brasil, 2003). O foco inicialmente voltado para a epidemia de HIV hoje dá lugar ao consumo de crack e questões relacionadas à saúde mental, com práticas e ações que permeiam a rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços de atenção primária à saúde (Cruz, 2011).

No ano de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde é implementada, objetivando fortalecer as ações voltadas à atenção ao usuário de drogas, fomentando a autonomia e corresponsabilização da população, concebendo as estratégias em redução de danos como política de saúde (Fonsêca, 2012).

Em 2019, a redução de danos completou 30 anos no Brasil, e o que até então guiava o manejo e o cuidado direcionado aos usuários, conduzindo ações, programas e estratégias, e era tomada como referência de atuação das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), foi substituída pela combinação de abstinência e internação, por meio do Decreto nº 9.761 de abril daquele mesmo ano. Tal medida caracteriza um retrocesso na atenção ao usuário de drogas, retomando o modelo manicomial (Almeida et al., 2022; Costa, 2022). Apesar da Nova Política Nacional sobre Drogas apontar para essa polaridade redução de danos X abstinência, Chaves Júnior. (2019) ressalta que a redução de danos não necessariamente compete com a abstinência, e que a abstinência pode ser o objetivo e o desejo daquele que

busca tratamento, visto que cada um determina suas metas e que essas metas podem ser redefinidas em casos graves.

A redução de danos como ética do cuidado

Um espaço de embate importante no campo do cuidado às pessoas que fazem uso de substâncias, muitas vezes apoiado na ideia de que o único desfecho possível é a abstinência, se encontra no campo da *evidência*, normalmente entendida apenas a partir de uma dimensão epistemológica em detrimento de uma dimensão ético-política (Almeida et al., 2022). Essas disputas de poder e tensões epistêmicas apontam para o que Figueiredo (1996) identifica como o espaço que bloqueia a abertura para “o lugar da experiência, o lugar da alteridade, da negatividade, da transformação” (p. 21). Esse bloqueio privilegia a dimensão epistêmica (que é sobremaneira importante, não se nega) em detrimento da dimensão ética. Retornar ao cuidado como dimensão ética, sobreposta e aliada à dimensão epistemológica, mostra-se um projeto fundamental para a produção da saúde.

Ética normativa e meta-ética

O campo da ética é, como aponta Figueiredo (1996), um âmbito relacional: “o termo ‘ética’ usado como adjetivo [...] nos remete espontaneamente e sem precisar de muita reflexão ao âmbito das *relações* de um indivíduo com outros indivíduos” (p. 64). O primeiro conceito de ética do cuidado surge a partir da percepção de que o desenvolvimento moral típico de homens e mulheres ocorre de forma diferente. Gilligan (1982) aponta duas éticas, a do cuidado e a da justiça, uma baseada na moralidade feminina a outra na masculina. Entretanto, afirma que não são propostas incompatíveis, mas sim complementares: se a perspectiva da ética normativa (justiça) estabelece regras para o comportamento, ainda assim não se pode deixar de lado as relações, os sentimentos e a empatia. Críticas importantes à proposta de Gilligan – questionando principalmente, a associação da moralidade feminina com práticas de cuidado e o essencialismo dessa proposta – levam a uma expansão da ética do cuidado. Tronto (1987) e Noddings (2003) apresentam a ética do cuidado através de outras perspectivas, a primeira com foco em grupos não hegemônicos, e sua posição de subordinação, e a segunda voltando-se para a relação parental.

A ética pode ser dividida em três campos, a meta-ética, a ética normativa e a ética aplicada, e cada uma dessas categorias procura responder questões que apontam para diferentes direções. A ética normativa se direciona para aquilo que se deve fazer, para a melhor forma de viver bem, determinando aquilo que é correto ou não, e definindo aquilo que é certo ou errado. Por outro lado, a meta-ética não se prende àquilo que deve ou não deve ser feito, mas busca entender como se formam os princípios e teorias morais. Para a ética aplicada, os princípios retirados da ética normativa são aplicados na resolução de problemas éticos do dia a dia, sendo colocada como uma ética utilitarista (Borges, Dall’agnol & Dutra, 2002).

Na vertente ética normativa estão inseridas aquelas abordagens éticas tradicionais, e podem ser subdivididas em duas categorias: teleológicas e deontológicas. Na ética teleológica, o que é “certo” é definido a partir daquilo que se pretende atingir. Assim, os principais exemplos são a ética consequencialista, que está relacionada às consequências das atitudes, dos comportamentos e ações; e a ética de virtudes, que irá se basear em um conjunto de valores considerados virtuosos. Enquanto isso, na ética deontológica a ideia de certo ou errado não surge a partir da finalidade, mas segundo normas e regras para a ação (Borges et al., 2002; Pereira, 2017).

Pereira (2017) argumenta que na ética consequencialista o valor atribuído a determinada ação está diretamente relacionado às suas consequências, de tal modo que são consideradas ações corretas aquelas que possuem boas consequências; consequências ruins implicam em ações imorais, assumindo o Bem como algo primordial e, assim, atribuindo aos comportamentos juízo de valor.

A ética das virtudes, que começa com Aristóteles, entende a virtude como uma “excelência moral”, onde o foco está voltado para o caráter do sujeito e sua vida virtuosa (Borges et al., 2002). A proposta de prática das virtudes, de Aristóteles, é compreendida a partir de relação entre o conceito de virtude e o conceito de bem ou bom, e estava atrelada, inicialmente, a atos nobres e heroicos. A ética das virtudes de matriz aristotélica foi perdendo a importância a partir da modernidade, só retomando sua força na metade do século XX (Carvalho, 2011; Sangalli & Stefani, 2012) como um tipo de

10

teoria ética que privilegia as virtudes como definidoras do modo como devemos agir, centralizando a reflexão no caráter do agente moral e não em ações isoladas ou normas, algumas vezes em fatores não racionais da motivação moral. O termo “ética das virtudes”, por sua vez, não deve ser pensado como expressão de uma forma homogênea de teoria ética, mas como um gênero que engloba várias espécies (Carvalho, 2011, p. 190).

Borges et al. (2017) apontam que a ética deontológica também pode ser chamada de não-consequencialista, visto as ações não são definidas como morais ou imorais a partir das consequências, mas partindo do pressuposto da universalidade das regras do agir, da autonomia do agente, e do respeito pela pessoa. Dentro das correntes postuladas na ética deontológica, a ética do dever, iniciada por Kant, busca, através do chamado “imperativo categórico”, determinar se uma ação é considerada moral ou não. Para isso é preciso que, a partir do estabelecimento de uma regra universal, todos os seres humanos tomem as mesmas atitudes frente a uma situação; se todos se comportam de acordo com a regra, essa é uma ação moral (Borges et al., 2002; Rodrigues, 2010).

Kant estabelece três proposições que caracterizariam a ação moral: (1) uma ação, para ser moral, deve ser realizada em conformidade e pelo dever; (2) uma ação por dever tem seu valor moral não no objetivo a ser alcançado pela ação, mas pela máxima de acordo

com a qual essa ação é determinada; e (3) o dever consiste na necessidade de uma ação a partir do respeito (*Achtung*) pela lei (Rodrigues, 2010, p. 15).

Em contraponto às éticas normativas, a meta-ética se concentra em caracterizar esse discurso ético, excluindo uma ideia de sistema moral único e pré-estabelecida, e propõe que diferentes sistemas orientem diferentes formas de viver (Guerreiro, 2003).

A ética do cuidado: Teorias e objeções

Dentro dos estudos relacionados à filosofia moral, a ética do cuidado se apresenta como uma importante área de interesse, valorizando os sentimentos, a empatia, e o contexto nos julgamentos éticos. Dessa maneira, a ética do cuidado é muitas vezes entendida como uma teoria feminista. Sua formulação varia conforme a fundamentação proposta por diferentes autores, assim como seu entendimento. Os conceitos clássicos partem de Carol Gilligan e Nel Noddings, mas outras formas de entender a ética do cuidado surgiram a partir dessas abordagens e, principalmente, a partir das críticas a elas (Araújo, 2018; Missaggia, 2020).

O termo “ética do cuidado” emerge a partir da publicação do livro “Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta”, de Carol Gilligan, em 1982, onde apresenta diferenças no desenvolvimento moral de meninos e meninas; Gilligan aponta que a tendência de comportamento moral das mulheres é voltada para questões do cuidado, enquanto os homens são tendenciados à concepção de uma filosofia moral mais tradicional, mais abstrata, mais voltada para regras universais (Gilligan, 1982). A autora argumenta que essa diferenciação não é natural, nem biológica, mas que resulta dos processos de subjetivação de criação de papéis de gênero (Gilligan, 1982; Kuhnen, 2014; Missaggia, 2020). Para Gilligan (1982), a ética do cuidado pode caminhar de forma conciliadora com os outros tipos de éticas mais tradicionais, que chama de “ética da justiça”. Entretanto, é preciso entender que a ética do cuidado é baseada na relação entre os sujeitos, percebendo que essa relação nasce e se constitui na interdependência, no pensar de forma conjunta. Por outro lado, as orientações voltadas para aquilo que chamamos de ética da justiça apresentam foco nesses sujeitos de forma concorrente.

Gilligan (1982) aponta que os estudos sobre o desenvolvimento moral foram desenvolvidos centrados na visão masculina de moral, não contemplando a visão feminina, e baseados em conceitos de justiça, como regras e direitos, deixando de lado outras concepções necessárias para a moralidade, como a forma das pessoas se relacionarem, os sentimentos e empatia ao próximo. Assim, a autora parte da epistemologia feminista – em particular, da epistemologia do “ponto de vista” articulada por Sandra Harding (2004) e Helen Longino (1990). A epistemologia do ponto de vista parte da ideia de subdeterminação das observações pelas teorias para afirmar que o “ponto de vista”, entendido a partir de intersecções de raça, classe, e gênero, delimita quais objetos são considerados adequados à pesquisa, quais observações são consideradas “dados de pesquisa”, e quais enquadramentos

podem ser dados. Se, a partir de uma organização patriarcal da sociedade, o homem é tomado como norma na posição de observador, só resta às mulheres uma falta de senso de justiça, colocando-as como menos preparadas para as exigências da vida e fortemente influenciadas pelos sentimentos de afeto ou hostilidade. Ao tomar como base a forma masculina de lidar com as situações, aquilo que era relacionado à mulher recebeu também menor prestígio, sendo visto como algo inferior, o que acaba por resultar no silenciamento da “voz feminina” (Gilligan, 1982; Missaggia, 2020).

Na perspectiva da Gilligan (1982), a ética normativa, relativa à moralidade tipicamente masculina, dá maior ênfase àquilo que está pré-determinado, aos direitos individuais, e a princípios supostamente universais, reforçando o papel da razão, enquanto a ética do cuidado, manifestada na moralidade feminista, coloca em destaque o cuidado, as conexões, os relacionamentos comunitários, o comprometimento, e a proteção, reforçando o papel das emoções (Zoboli, 2004; Missaggia, 2020).

Importa também apontar como diferentes conceitos de “cuidado” podem ser evocados para construir uma ética. Francesca Cancian e Stacey Oliner (2000) definem cuidado como “os sentimentos de afeto e responsabilidade combinados com ações [que] atendam às necessidades pessoais de um indivíduo ou bem-estar, em um relacionamento face a face” (p. 2). Essa definição aponta para um caráter afetivo do cuidado, combinando-o com elementos atitudinais e de ação. De maneira similar, Nancy Folbre e Erik Olin Wright (2012) enfatizam que o cuidado pode ser entendido tanto como atividade quanto como estado. Nel Noddings (2003) enfatiza que o cuidado envolve a atenção receptiva às necessidades do outro, com o cuidador abandonando temporariamente o interesse próprio em nome dos interesses da pessoa cuidada.

Dentre as concepções de cuidado que informam a ética, certamente a mais influente é a de Joan Tronto (1993), que define o cuidado a partir do princípio do valor social:

No nível mais geral, sugerimos que o cuidado seja visto como uma *atividade da espécie que inclui tudo o que fazemos para manter, continuar e reparar nosso mundo para que possamos viver nele da melhor maneira possível*. Esse mundo inclui nossos corpos, nossos eus, e nossos ambientes, todos os quais procuramos entrelaçar em uma complexa rede de sustentação da vida (Tronto, 1993, p. 103; *itálicos no original*).

Dessa forma, a ética do cuidado está relacionada à preocupação com o cuidado do outro de maneira ativa, em sua relação com seu mundo vivo, buscando reconhecer o contexto em vez de seguir padrões e regras pré-definidas. O fato dessa ética ser “gendrada” resulta do processo pelo qual, de forma geral, as mulheres são ensinadas desde a infância a pautarem suas relações com base na atenção e no cuidado:

o ideal de cuidado é uma atividade de relacionamento, de atender e corresponder a uma necessidade, tomar conta do mundo mantendo a teia de conexão de modo que ninguém seja deixado sozinho (Gilligan, 1982, p. 73).

Para Joan Tronto (1987), a ética do cuidado não deve ser tratada sob a perspectiva da diferença de gênero, mas sim pensada pelo viés vinculado à subordinação, colocando a “voz diferente” defendida por Gilligan não como uma voz exclusivamente feminina, mas sim atrelada a grupos não-hegemônicos, entendendo que as atribuições de cuidado estão enviesadas em questões político-sociais. Tronto (1987) afirma, dessa forma, que as funções e práticas relacionadas ao cuidado não estão vinculadas apenas ao gênero, mas também à classe, raça, e etnia. Entende assim que “a experiência cotidiana de desrespeito, penúria e exclusão, associadas entre si ou não, resulta em modos distintos de senso moral” (Spinelli, 2019, p. 253).

Outra crítica aos estudos de Gilligan apontam para uma perspectiva elitista, visto que o público-alvo de suas pesquisas foram mulheres universitárias que não possuem uma condição diretamente ligada aos cuidados, como empregadas domésticas e trabalhadoras da saúde. Desta forma, acaba-se por tomar a experiência de um grupo específico como padrão e, levando em consideração a história americana, esse padrão que argumenta uma suposta universalidade feminina é composto por norte-americanas, brancas, e pertencentes à classe média (Spinelli, 2019).

13

Nesse sentido, e parafraseando bell hooks (2015, p.193) que diz que “o feminismo não surgiu das mulheres que são mais vitimizadas pela opressão machista”, pode-se dizer que o cuidado foi pensado na teoria de Calligan não sob o aporte e experiência daquelas que mais lidam com ele (Spinelli, 2019, p. 256).

Já Noddings (2003) não se fundamenta diretamente em uma questão de gênero, mas toma como modelo a relação parental materna, construindo sua teoria de ética do cuidado partindo de uma visão feminista, mas recusando que se limite às mulheres. O conceito de “se importar com” enfatiza as questões de cuidado com aqueles com quem criamos vínculos, deixando bem claro que esse comportamento do cuidado não é exclusivo de mulheres, e que por diversas vezes pode ser até rejeitado por elas, bem como também pode ser assumido por homens (Araújo, 2018; Missaggia, 2020).

Ao nascer somos totalmente dependentes dos cuidados de outros, e essa vulnerabilidade é parte da construção do sujeito, tendo um impacto direto no desenvolvimento da ética do cuidado. Essa vulnerabilidade que acompanha todos no início da vida se altera ao longo dela, mas não deixa de fazer parte do cotidiano, sendo futuramente substituída por outras formas de vulnerabilidade, tornando algumas pessoas mais ou menos vulneráveis e dependentes de cuidado que outras. Ou seja, ao longo da vida cuidamos e somos cuidados, e, a partir dessa necessidade de cuidar, Noddings defende que

a barreira do cuidado vital seja ultrapassada, entendendo esse cuidado como um processo ético (Noddings, 2003).

Sousa (2009) apresenta outra proposta de ética de cuidado vinda de Michael Slote, que buscava encontrar um meio termo entre o cuidado com aqueles que amamos e estão mais próximos de nós, e o chamado cuidado humanitário, pensando em uma forma de cuidado “balanceado”, atendendo assim às necessidades de cuidado conforme a demanda dos sujeitos. Entretanto, Slote enfatiza que esse cuidado balanceado parte daqueles indivíduos moralmente bons, sem especificar o que seria uma pessoa moralmente boa.

A proposta de Slote ampliou a perspectiva teórica proposta por Gilligan, rompendo um estigma de gênero, estabelecendo relação entre as moralidades públicas e privadas, e nessa perspectiva entende que ações e motivações para o cuidado ético devem ser guiadas pela empatia, propondo uma universalização do cuidado, por meio de atitudes que fossem mais adequadas ao que está sendo cuidado necessita, buscando dissociar a ética do cuidado dessa dualidade homem-mulher (Mayernik & Oliveira, 2015).

Yan Leite Chaparro (2021), a partir de uma etnografia com o povo Avá Guarani e suas concepções de desenvolvimento, território, e antropoceno, desenvolve a ideia de que os Avá Guarani corporifica uma espécie de *ética do envolvimento*. Chaparro (2021) parte de uma oposição à ideia de *desenvolvimento* para afirmar que os Avá Guarani entendem sua relação com o mundo a partir da ideia de *envolvimento*:

14

Um movimento sócio-cosmológico particularmente sofisticado que não permite a agressão contra a natureza, mas sim uma sensível organização social entre natureza e cultura. É um constituinte de alteridades onde o outro está em si, onde a realidade externa (os pássaros e a mata por exemplo) é incorporada pelo humano e este produz a realidade a partir dessa incorporação. (Chaparro, 2021, p. 175).

Trata-se aqui da produção de uma ética que é um “sofisticado estado de cuidado envolvente e permanente com aquilo que é destacado como vida” (Chaparro, 2021, p. 181). De maneira semelhante, o sistema econômico básico Guarani Kaiowá da reciprocidade também representa uma ética do envolvimento:

Aqui as práticas da reciprocidade são comuns entre a nossa comunidade, a união, solidariedade, viver em harmonia (*jeiko porã*) e (*teko marangatu*) são algumas linhas da educação Kaiowá e Guarani, pois existem a reciprocidade material e imaterial/espiritual, o compartilhar – *mboja’o* com os seus próximos, a coletividade – *pavẽ* juntos, unidos/união na rede macro familiar, na reciprocidade material compartilham os produtos da agricultura, os que caçam, os que pescam, as frutas coletadas e mel, conforme o número da família. Na reciprocidade imaterial/espiritual compartilham os que conhecem, transmitindo através da oralidade os saberes, as rezas, os cantos *ñengary*,

mborahéi, guahu, kotyhu que conduzem o ser Kaiowá e Guarani, partindo do princípio do *Teko Pavẽ* (Ramires, 2016, p. 42).

Esse envolvimento e reciprocidade pertinentes às éticas Avá-Guarani e Guarani Kaiowá apontam para um “deslocamento motivacional”, assim como propõe Noddings (2003) em relação à ética do cuidado, sem entretanto entender a relação cuidador-cuidado somente a partir dessa díade. De forma geral, podemos dizer que as ideias de empatia, envolvimento, e apoio mútuo estão presentes em todas as abordagens apontadas, e é o que, dentro das diferenças de perspectivas, acaba por unir as diferentes abordagens, apontando a ética do cuidado como algo que transpassa por esse envolvimento encontrado com mais frequência nos grupos subalternizados, influenciada pelas diferentes realidades e contextos sociais, e entende a importância da criação de vínculos e de se enxergar as necessidades do outro, sempre ultrapassando a relação cuidador-cuidado para entender as relações com “nossos corpos, nossos eus, e nossos ambientes” (Tronto, 1993, p. 103).

Quando falamos em saúde, a ética do cuidado surge como meio de orientar e ressignificar como as práticas são realizadas (Mol, 2008; Mayernik & Oliveira, 2015). Os conceitos de “cuidado” e “cura” não seguem o mesmo percurso, sendo o cuidado empregado em situações que visam tornar a rotina diária melhor, menos sofrível, enquanto no processo de cura o objetivo é voltado para intervenções que promovam o fim da doença. O cuidado está ligado a atos de envolvimento, reunindo meios de lidar melhor com a vida e a doença, priorizando a corresponsabilidade, o vínculo, a confiança entre quem cuida e quem é cuidado, enquanto a cura relaciona-se com a utilização de medicamentos (Mol, 2008; Mayernik & Oliveira, 2015).

15

Redução de danos e ética do cuidado

Analisando o surgimento da redução de danos, podemos dizer que ela já nasce como uma proposta ético-política de cuidado, buscando proporcionar melhores condições de vida para as pessoas, e atualmente sendo aplicada para minimizar e/ou evitar danos que possam ser causados em decorrência do consumo de drogas (Silva, 2020; Siqueira, 2016). Com o objetivo de minimizar os prejuízos em função de uma maximização da saúde, a redução de danos tem como foco a pessoa e não o sintoma, e se preocupa com a demanda do usuário de drogas em relação à saúde, respeitando a singularidade de cada sujeito, envolvendo não só o consumo da substância, mas seu convívio social (Chaves Júnior, 2019; Perdigão, 2003).

A redução de danos reconhece a vulnerabilidade desses sujeitos e, assim como toda prática envolvendo pessoas parte desses encontros, busca ressignificar e construí-los a partir da autonomia. Essa autonomia não se refere a fazer tudo o que se deseja, mas reconhecer e ser reconhecido pelo outro como sujeito, reconhecer esse outro da forma como ele é, sem querer impor suas crenças, seus desejos, suas expectativas, sem julgar as escolhas feitas por esse sujeito, sendo o conjunto dessas esferas chamado de “cuidado” (Silva, 2020).

Partindo do pressuposto que a ética do cuidado deve ser base de práticas voltadas para intervenção comunitária, e que a redução de danos está inserida nessas práticas, entende-se que a atuação dos profissionais redutores de danos deve residir no respeito pelo outro, na promoção da liberdade desse sujeito, no estímulo à sua dignidade, e nas diferentes formas de viver apresentadas (Perdigão, 2003). Se partirmos das concepções de cuidado proposta por Tronto (1993) e de envolvimento proposta por Chaparro (2021), o cuidado na redução de danos não pode limitar seu foco à pessoa cuidada, mas a toda uma rede de relações (entre esse indivíduo e outras pessoas, mas também entre esse indivíduo e suas condições materiais) que é cuidada para “reparar nosso mundo para que possamos viver nele da melhor maneira possível” (Tronto, 1993, p. 103).

Quando voltada à saúde, a ética do cuidado estabelece uma distinção entre o cuidar e o curar, sem desvalorizar a cura, mas entendendo que é no cuidado que “a cura” é encontrada, mesmo que essa cura não seja o fim da patologia (Perdigão, 2003). Quando relacionamos essa forma de enxergar o cuidado com a redução de danos, podemos observar que, ao cuidar do usuário de drogas, outras possibilidades lhe são apresentadas. De maneira importante, a ética do cuidado também contrapõe o que vêm sendo chamado de “cuidado”, colocando um critério de empatia, envolvimento, reciprocidade, amizade, e apoio mútuo para o cuidado em saúde. A ética do cuidado sumarizada nesse artigo apresenta uma visão relacional, na qual o envolvimento dos cuidadores com as pessoas cuidadas é atravessada pela relação com a “complexa rede de sustentação da vida” (Tronto, 1993, p. 103). Dessa forma, assumir a redução de danos como uma ética do cuidado pode representar um importante passo na recusa de “cuidados” como internação compulsória e abstinência como política única não somente com base na evidência científica, mas também na dimensão ético-política (Almeida et al., 2022).

O cuidado em redução de danos está colocado no ponto em que essas propostas e ações não são impostas: o usuário não pode estar na posição de que é obrigado a seguir determinadas diretrizes, mas ele é peça fundamental para a estruturação desse cuidado, e a inserção do usuário de drogas produz esse sentimento de autonomia e pertencimento (Silva, 2020). Para Siqueira (2016), por exemplo, a RD é uma celebração da amizade e da solidariedade “como instrumentos fortes na produção e na construção de novos caminhos” (p. 5). A construção de uma ética do cuidado pela amizade e pela solidariedade implicam em constituir “alteridades onde o outro está em si” (Chaparro, 2021, p. 175), que são incorporadas aos redutores de dano, que por sua vez produzem novas realidades a partir dessa incorporação.

Essa concepção de cuidado aponta para a necessidade de tratar a questão do consumo de drogas por meio de uma percepção social que, além de respeitar os direitos desses cidadãos, busca reduzir a exclusão social dos usuários e acolhê-lo em sua dignidade ontológica (Perdigão, 2003; Silva, 2020), ampliando o olhar sobre esses sujeitos e enxergando que “entre parar e não parar de usar drogas existe uma modulação possível

baseada em um indivíduo que escolhe, ou seja, a produção de sujeito racional” (Chaves Júnior, 2019, p. 57).

Esse cuidar de si não está relacionado à ideia de autocuidado, onde se fornece ao sujeito um aprendizado de como deve se cuidar, impondo o que deve ser feito num processo vertical, mas sim a partir da abertura desse outro pensar na história e fornecendo meios para que essa pessoa possa entender de que forma ela quer se cuidar, entendendo, dentro de suas possibilidades e expectativas, o que é melhor para si (Silva, 2020).

Ao olhar a redução de danos como “uma ética do cuidado” entende-se que o cuidado com o indivíduo que faz uso de substâncias vai além da relação desse sujeito com a substâncias, o que, de certa forma, recoloca a relação usuário-droga em segundo plano, abrindo a possibilidade para outras formas de cuidado. Por exemplo, Chaves Júnior (2019) cita programas que oferecem moradia, chuveiros, cabeleireiros e outros serviços de higiene pessoal, e defende que o conceito de redução de danos aponta para essa abertura de práticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Associada a uma prática de ética do cuidado, a redução de danos propõe acolher e enxergar esse usuário de drogas para além da sua relação e consumo com as substâncias, partindo do ponto de que, independente da realidade desse sujeito, ele precisa de cuidados, e que tais cuidados devem atender às necessidades e respeitar as escolhas feitas por cada um. Olhar a redução de danos como uma prática em ética do cuidado é entender que a redução de danos está além dos cuidados durante o consumo de drogas, está além dessa relação usuário-substância, é valorizar os vínculos e as relações com quem faz uso de drogas, colocando em evidência as relações, a empatia, sem julgamentos morais ou de valor.

A retirada da redução de danos das diretrizes de políticas públicas no Brasil, acaba por reafirmar a quão controversa e mal interpretada é essa prática, enxergando-a como um incentivo ao consumo das drogas, sem perceber que o que se busca com essas alternativas é mais do que minimizar os danos relacionados ao consumo de substâncias, mas atuar também nos custos sociais e na estigmatização desse usuário. Vale ressaltar também que as práticas em redução de danos nascem na ilegalidade, e que atualmente pensar em redução é retomar aquilo que deu início a essa abordagem.

Retomar a radicalidade da redução de danos no contexto atual implica, portanto, em sair do discurso da RD como “além da ética”, “sem julgamentos”, mas em recolocar o problema do uso de substâncias e da redução dos possíveis danos associados a esse uso em uma dimensão ético-política. Sugerimos que essa dimensão escape à ética normativa “clássica”, sendo pautada em contextualidade, empatia, envolvimento e reciprocidade. Assumir tal perspectiva pode ser uma saída para as dificuldades da RD em tempos tão sombrios.

REFERÊNCIAS

Almeida, I. S. de, Melo, A. P. de, Bardy, J., Nascimento, A. C. P. do, Costa, P. H. A. da, Lopes, W. M., Bezerra, D. S., & Maximino, C. (2022). Atenção ao uso problemático de drogas: Tensões, disputas de poder, e as concepções de evidência. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 14(39), 87–106. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80719>

Araújo, A. B. (2018). Da ética do cuidado à interseccionalidade: Caminhos e desafios para a compreensão do trabalho de cuidado. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, 23(3), 43–69. <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2018v23n3p43>

Borges, M. de L., Dall’agnol, D., & Dutra, D. V. (2002). *Ética*. DP&A.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. (2003). *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis. (1996). *Diretrizes para projetos de redução de danos*. Ministério da Saúde.

Campbell, N. D. (2010). Toward a critical neuroscience of ‘addiction.’ *BioSocieties*, 5, 89–104. <https://doi.org/10.1057/biosoc.2009.2>

Campbell, N. D. (2011). The Metapharmacology of the “Addicted Brain.” *History of the Present*, 1(2), 194–218. <https://doi.org/10.5406/historypresent.1.2.0194>

Cancian, F. M., & Olicker, S. J. (2000). *Caring and gender*. AltaMira Press.

Carvalho, H. B. A. de. (2011). Ética das virtudes em Alasdair MacIntyre. In J. Hobuss (Ed.), *Ética das virtudes* (pp. 189–214). Ed. UFSC.

Chaparro, Y. L. (2021). *Este é nosso corpo, a terra: Caminhos e palavras Avá Guarani / Ñandeva para além do fim do mundo*. Monstro dos Mares.

Chaves Júnior, W. W. (2019). *A repetição da construção da interioridade do sujeito em ambulatórios didáticos: Uma etnografia por meio da circulação entre hábitos, adições, dependências e prazeres com drogas e/ou substâncias*. [Tese de Doutorado, Pontifícia

Universidade Católica de São Paulo].
<https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/22671>

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>

Cruz, M. S. (2011). Redução de Danos, prevenção e assistência. In Brasil, Ministério da Saúde, *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias* (pp. 155–177). Ministerio da Justiça/SENAD.

Domanico, A. (2018). História, Conceito e Princípios de Redução de Danos. In L. T. de L. Surjus, M. L. O. S. Formignoni, & F. Gouveia (Eds.), *Redução de Danos: Conceitos e práticas*. Unifesp.

Escohotado, A. (2004). *A história elementar das drogas*. Antígona.

Figueiredo, L. C. M. (1996). *Revisitando as psicologias. Da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. Vozes.

19

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>

Folbre, N., & Wright, E. O. (2012). “Defining care”. In: N. Folbre, *For love or money: Care provision in the United States* (pp. 21-39). Russell Sage.

Fonsêca, C. J. B. da. (2012). Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. *Psicologia & Saberes*, 1(1), 11–36. <https://doi.org/10.3333/ps.v1i1.43>

Gilligan, C. (1982). *Uma voz diferente. Psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à fase adulta*. Rosa dos Tempos.

Guerreiro, M. A. L. (2003). A transição da ética para a meta-ética. *Anais de Filosofia de São João Del-Rei*, 10, 151–164.

Harding, S. (2004). *The feminist standpoint theory reader: Intellectual and political controversies*. Routledge.

Maximino, C., & Almeida, M. E. P. (2023). A redução de danos como uma ética do cuidado: uma revisão narrativa. *PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru*. 2, e023008.

International Harm Reduction Association. (2010). *What is harm reduction?* Official position of the International Harm Reduction Association.

Longino, H. (1990). *Science as Social Knowledge: Values and Objectivity in Scientific Inquiry*. Princeton University Press.

Mayernyik, M. de A., & Oliveira, F. A. G. de. (2015). O cuidado empático: Contribuições para a ética e a sua interface com a educação moral na formação em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(1), 11–20. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e01752015>

Mesquita, F., & Bastos, F. I. (1994). *Drogas e AIDS: Estratégias de redução de danos*. Hucitec.

Missaggia, J. (2020). Ética do Cuidado: Duas formulações e suas objeções. *Blogs de Ciência da Universidade Estadual de Campinas: Mulheres Na Filosofia*, 6(3), 55–67. <https://www.blogs.unicamp.br/mulheresnafilosofia/wp-content/uploads/sites/178/2020/03/PDF-E%CC%81tica-do-cuidado.pdf>

Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Routledge.

Noddings, N. (2003). *O cuidado: Uma abordagem feminina à ética e à educação moral*. Unisinos.

Perdigão, A. C. (2003). A ética do cuidado na intervenção comunitária e social: Os pressupostos filosóficos. *Análise Psicológica*, 21(4), 485–497. <https://doi.org/10.14417/ap.8>

Pereira, R. R. (2017). Dois tipos de ética teleológica. *Cadernos de Ética e Filosofia Política*, 1(30), 30–51. <https://doi.org/10.11606/issn.1517-0128.v1i30p35-51>

Queiroz, I. S. de, Jardim, Ô. M., & Alves, M. G. de D. (2016). “Escuta no pátio”: Cuidado e vínculo como práticas de redução de danos. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 11(3), 650–668. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000300010&lng=es&tlng=pt

Ramires, L. C. (2016). *Processo próprio de ensino-aprendizagem Kaiowá e Guarani na Escola Municipal Indígena Nandajara Pólo da Reserva Indígena Te’yikue: Saberes Kaiowá e Guarani, territorialidade e sustentabilidade* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Dom Bosco]. <https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/21873-lidio-cavanha.pdf>

Rodrigues, F. (2010). Ética do bem e ética do dever. *O Que Nos Faz Pensar*, 19(28), 247–265. <https://oquenofazpensar.fil.puc-rio.br/oqfnfp/article/view/321/320>

Maximino, C., & Almeida, M. E. P. (2023). A redução de danos como uma ética do cuidado: uma revisão narrativa. *PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru*. 2, e023008.

Rosa, P. O. (2012). *Drogas e biopolítica: Uma genealogia da redução de danos* [Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/3436>

Sangalli, I. J., & Stefani, J. (2012). Noções introdutórias sobre a ética das virtudes aristotélica. *Conjectura: Filosofia e Educação*, 17(3), 49–68. <http://www.uces.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/view/1796>

Santos, V. E. dos, Soares, C. B., & Campos, C. M. S. (2010). Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 20(3), 995–1015. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300016>

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/10.17267/2317-3394rpdsv5i1.841>

Silva, M. S. da. (1997). *Se liga! O livro das drogas*. Record.

Silva, R. E. da. (2020). *Redução de danos e cuidado de si: Sobre quais cuidados falamos?* [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/23006>

21

Siqueira, D. (2016). *As (bem)ditas amigas: Numa sociedade com drogas*. Pluralidades.

Smith, C. B. R. (2012). Harm reduction as anarchist practice: A user's guide to capitalism and addiction in North America. *Critical Public Health*, 22(2), 209–221. <https://doi.org/10.1080/09581596.2011.611487>

Smith, C. B. R. (2016a). “About nothing without us”: A comparative analysis of autonomous organizing among people who use drugs and psychiatrized groups in Canada. *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, 5(3), 82–109. <https://intersectionalities.mun.ca/index.php/IJ/article/view/1613>

Smith, C. B. R. (2016b). Direct Action and Drug-Related Harm: Affinity-Based Tactics in the Founding and Development of the North American Harm Reduction Movement. *Archives of Addiction and Rehabilitation*, 1(1), 1–10. <https://doi.org/10.36959/843/420>

Spinelli, L. M. (2019). Contra uma moralidade das mulheres: a crítica de Joan Tronto a Carol Gilligan. *Ethic@*, 18(2), 245–262. <https://doi.org/10.5007/1677-2954.2019v18n2p245>

Tronto, J. (1987). Beyond gender difference to a theory of care. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 12(4), 644–663. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1086/494360>

Tronto, J. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.

Vargas, E. V. (2008). Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: Notas para uma genealogia das drogas. In B. C. Labate, S. L. Goulart, M. Fiore, E. MacRae, & H. Carneiro (Eds.), *Drogas e cultura: Novas perspectivas* (pp. 41–64). Edufba. <https://neip.info/publicacoes-neip/livros-neipdrogas-e-cultura/>

Zoboli, E. L. C. P.. (2004). A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(1), 21–27. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000100003>

Recebido em: 24/07/2023

Reapresentado em: 14/11/2023

Aprovado em: 15/11/2023

^I Graduado em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista; Mestre e Doutor em Neurociências e Biologia Celular pela Universidade Federal do Pará; Professor da Faculdade de Psicologia (Unifesspa). E-mail: cmximino@unifesspa.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3261-9196>

^{II} Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. E-mail: emilia@unifesspa.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0070-2021>