

## REDUÇÃO DE DANOS E SAÚDE MENTAL

**Aline Ariana Alcântara Anacleto**

**Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem, Departamento de Educação – Universidade Tecnológica Federal do Paraná *Câmpus* Dois Vizinhos,**  
[alineanacleto@utfpr.edu.br](mailto:alineanacleto@utfpr.edu.br)

Uma nova modalidade de atendimento para enfrentar a problemática do uso de drogas e suas conseqüências psicossociais refere-se a uma proposta de Redução de Danos (PRD). Ainda desconhecida por muitos e polêmica entre diferentes profissionais, essa proposta representa um novo olhar sobre as populações vulneráveis e procura garantir a saúde pública, por meio de ações que tentam reduzir os danos causados pelo consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como práticas sexuais de risco para DST/AIDS, com esclarecimento e orientações ao invés de proibição e punição. A implementação dessa proposta às pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade pelo exercício de práticas de risco e seus familiares ainda é um tema pouco estudado, devido a isso, o presente trabalho possui o objetivo de apresentar uma revisão bibliográfica apontando a proposta do programa de redução de danos e suas implicações no que tange a vulnerabilidade e práticas de risco.

**Palavras-chave:** redução de danos, psicologia, drogas.

Alcançar uma sociedade livre das drogas, premissa básica das políticas tradicionais proibicionistas, tornou-se uma idéia a ser repensada, diante do insucesso identificado ao longo do desenvolvimento de décadas de políticas repressivas e da contestação de que o fenômeno drogas é parte inerente da cultura de todas as sociedades, por ser um fenômeno humano, carregado de todas as complexidades que este possui.

As drogas sempre estarão presentes, variando em lícitas e ilícitas de acordo com cada contexto e circunstância histórica em que ela está inserida. Dessa forma, acaba tornando necessária uma postura pragmática para tratar com a questão, que considere suas variáveis sócio-culturais e, principalmente, coloque em foco o sujeito que se encontra em situação de vulnerabilidade social, que por suas práticas, no consumo de drogas, no compartilhamento de seringas e instrumentos para o consumo, ou até mesmo no sexo desprotegido, estão mais expostos a riscos e danos.

Este pensamento leva a crer que é mais eficiente pensar o sujeito que possui comportamento de risco, possibilitando a ele reduzir os danos e os riscos associados as suas práticas, ao invés de tentar eliminá-las da sociedade, premissa já fracassada por uma gama de estratégias de políticas públicas de saúde. Portanto, o reconhecimento de que grande número de pessoas pode compor grupos de risco na questão do uso e consumo de drogas e de práticas sexuais de risco, reforça a adesão por parte do governo de políticas públicas que

reconheçam e aceitem a realidade da diversidade dos modos de vida (FEFFERMANN; FIGUEIREDO, 2006).

Com frequência, o exercício destas práticas de risco causa muitos danos ao próprio sujeito e à comunidade em que está inserido. Estes danos são ligados a uma maior probabilidade de ocorrência de overdose, de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, do vírus da Aids, do vírus das hepatites, do descarte de seringas usadas em locais públicos, o crime do tráfico, aquisição de drogas ilícitas, entre outros (FONSECA; BASTOS, 2005).

Neste contexto, as drogas já foram encaradas de diversas formas: como parte integrante da cultura da sociedade, que não causava prejuízos, nem danos aos seus usuários; como elemento religioso, em que o uso de drogas contribuiria para espiritualidade; como parte de movimento revolucionário, a favor da paz mundial; como recreativo, para socialização entre amigos; como terapêutico indicado para tratamento de patologias; até chegarmos aos dias atuais, em que é considerado como um grande problema de saúde pública no mundo todo. Todas essas maneiras de entender o uso de drogas trazem consigo uma forma de enfrentamento, que vai desde o proibicionismo, que tem como meta a eliminação total da droga da sociedade, até a legalização do uso de drogas, que defende legalização de seu uso.

Entre essas formas de enfrentamento, surge na Holanda na década de 80, a Redução de Danos. Uma proposta que objetiva minorar os danos decorrentes do uso de drogas, independentemente se o usuário tem como meta parar ou não com o consumo. Esta nova forma traz consigo a idéia de que as drogas sempre estarão presentes na sociedade, até mesmo por ser fator integrante da cultura dos povos, e diante disso, então seria melhor diminuir os danos causados pelo uso indiscriminado da droga, ao acreditar que a abstinência é a única saída para o trato com a questão.

O modelo de redução de danos, que propõe a minimização desses danos presentes nas práticas de risco, reconhecendo e aceitando-as, pautado no ideário de que o sujeito não quer ou não pode eliminar tal prática, amplia o reconhecimento da diversidade, porque promove a melhoria da qualidade de vida e de saúde dos sujeitos, em concordância com princípios da psicologia cognitiva e social, que afirma que os sujeitos são responsáveis por suas próprias escolhas, sendo sujeitos de direitos, agentes e receptores das influências ambientais (FEFFERMANN; FIGUEIREDO, 2006).

Partindo disso, a redução de danos ganha enfoque, por representar um marco no âmbito da saúde pública, quando aceita que o uso de drogas faz parte de práticas culturais, sempre estando presente na sociedade (ALVES, 2009; FONSECA, 2005; FEFFERMANN;

FIGUEIREDO, 2006) e, então, “correspondem a um conjunto de estratégias de saúde pública que têm por objetivo reduzir e/ou prevenir as conseqüências negativas associadas ao uso de drogas” (FONSECA, 2005, p. 58), disseminando intervenções orientadas para minimizar os danos à saúde e, também, danos sociais e econômicos relacionados ao consumo de drogas e a práticas sexuais de risco, sem necessariamente coibir os comportamentos (ALVES, 2009; QUEIROZ, 2001).

As estratégias que estão voltadas para usuários que não querem, não podem ou não conseguem parar com o uso, em determinando momento de suas vidas (QUEIROZ, 2001), não estabelecem a abstinência como meta única e aceitável para o tratamento e a prevenção. Essas conciliam metas intermediárias com ações que minimizam os riscos associados ao consumo de drogas e estabelecem como foco as necessidades do usuário, que deve ser respeitado como cidadão em qualquer delineamento de tratamento que venha buscar (CAMPOS; SIQUEIRA; BASTOS, 2001; ALVES, 2009).

A redução de danos reconhece o sujeito usuário em sua singularidade, reconhecendo a diversidade existente no uso de drogas e traz a participação deste usuário ao traçar metas para promover sua saúde e sua qualidade de vida (DELBON et al, 2006). Tem-se a evidência de que o respeito à liberdade de escolha é um princípio fundamental que guia a redução de danos (QUEIROZ, 2001).

De acordo com isso, a política de redução de danos propõe um conjunto de ações alternativas de prevenção e de terapia, que não excluem ou segregam usuários de drogas, mas os integram em uma perspectiva de tratamento que visa uma convivência menos danosa o possível com o consumo de drogas, deixando a abstinência não como meta única ou pré-requisito, mas sim como uma meta possível de ser atingida com o desenvolvimento de minimização dos riscos (CAMPOS; SIQUEIRA; BASTOS, 2001). Logo, o objetivo da redução de danos é abordar pessoas que exercem práticas de risco, como usuários de drogas e profissionais do sexo, e educá-los para práticas seguras, sem interferir necessariamente na execução ou não da prática, visando o controle da AIDS, da hepatite e de outras doenças patógenas do sangue e do sexo (PAES; OLIVEIRA, 2004).

A proposta visa que suas ações possibilitem a definição de objetivos amplos e escalonados, abandonando a idéia do tudo ou nada e valorizando os resultados parciais, a fim de uma vida cada vez mais saudável e longe dos riscos. Pretende-se romper com o maniqueísmo existente no trato com a questão, uma vez que se tem o entendimento de que o contato experimental e inicial pode, ou não, vir a se tornar um problema; que promovam ações inclusivas, integrando os sujeitos, suas famílias, seus grupos de pares, os profissionais

envolvidos, os redutores de danos e a comunidade como um todo; acordando parcerias intersetoriais, entre organizações governamentais e não governamentais, visto que os resultados são mais efetivos quando se propõem intervenções conjuntas; incentivem o protagonismo e autonomia do público-alvo, com ativas participações tanto no tratamento quanto na prevenção; e, dessa maneira, consiga abranger uma abordagem com o indivíduo em toda sua complexidade, independente de qual prática este exerce, sendo atendidos em suas particularidades (MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006).

Vale ressaltar que esta é uma proposta que vai além de ser uma alternativa à abstinência, uma vez que se ocupa do manejo seguro de uma gama de comportamentos de risco e dos possíveis danos associados a eles, de modo a não se restringir ao julgamento do certo e do errado, do bom ou do ruim, mas sim na identificação se determinado comportamento é seguro ou inseguro, se é favorável ou desfavorável (QUEIROZ, 2001).

A redução de danos se caracteriza como uma política que considera os direitos humanos de qualquer cidadão, pois tem por finalidade propor estratégias que possibilitem uma inclusão social, uma vida saudável e a quebra da idéia de marginalização de sujeitos que possuem práticas de risco. Segundo Queiroz (2001) os argumentos que fundamentam as razões éticas e humanitárias das ações de redução de danos, se apóiam na idéia de que:

- Não é aceitável eticamente abandonar ou segregar sujeitos que exercem práticas de risco se eles não querem ou não estão motivados a mudar de comportamento;
- A proposta de redução de danos mantém o sujeito dentro de uma rede de assistência e saúde pública, poupando-o de uma marginalização ainda maior;
- A redução de danos propicia uma chance maior de integração do sujeito à sociedade, o qual se encontra, na maioria das vezes, à margem do social;
- Suas ações se constituem como um caminho a ser percorrido, caminho este que pode levar a eliminação da prática de risco;
- De acordo com as políticas públicas de saúde é fundamental oferecer ao público um leque de alternativas de ajuda, passando por baixas exigências, até as altas exigências, tornando-se, assim, passível de responder a toda demanda de necessidades dos sujeitos;
- Essas possibilidades de atuação propiciam ao sujeito se manter na rede de saúde pública, possibilitando a criação de um vínculo com a equipe de saúde, o que pode ajudar na motivação à mudança de comportamento;
- As ações de redução de danos auxiliam na prevenção da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, diminuindo custos para saúde pública;
- As políticas públicas devem estar sempre baseadas no coletivo, considerando fatores

que sejam coerentes com a diversidade e a coletividade.

Com estes argumentos verifica-se que o desenvolvimento eficaz do programa de redução de danos, depende do abandono do discurso proibicionista, frente à articulação de um novo discurso franco e respeitoso com o sujeito que exerce práticas de risco, partindo de ações individuais e coletivas, médicas e sociais, preventivas e terapêuticas, que visem minimizar os danos e riscos de qualquer comportamento, seja ele ligado a drogas ou ao sexo, oferece-se como um espaço de autonomia e de auto-realização, de construção de subjetividade e responsabilidade, ou seja, um espaço que objetiva apoiar o sujeito em sua capacidade de reflexão e de decisão, partindo do compartilhamento da informação como um recurso para mudanças de conduta (QUEIROZ, 2001; 2007).

Neste contexto de política pública de redução de danos, a problemática dos comportamentos de risco e da vulnerabilidade que envolve estes sujeitos, deixa de ser encarada como uma ameaça social e começa a ser referida como um problema social complexo, que traz mudanças no rígido discurso de uma sociedade livre das drogas, para um discurso mais flexível de uma “sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (ALVES, 2009, p. 2316).

Existem ações que são características dos programas de redução de danos, mas essas ações podem variar de um programa para outro, de acordo com o país em que cada programa é executado, uma vez que cada um possui uma realidade diferente, com características epidemiológicas próprias, padrões de consumo de drogas, valores e culturas singulares a cada espaço geográfico, recursos disponíveis e mobilização para efetivação e legalidade das ações (FONSECA, 2005). Entretanto, mesmo com todas estas variáveis, é considerada uma estratégia de redução de danos, qualquer medida que tenha como objetivo principal a minimização dos danos à saúde para pessoas que possuem práticas de risco. Estas estratégias podem ser:

- Programas de Troca de Seringas (PTS), os quais objetivam a redução da transmissão do vírus HIV, hepatites e outras doenças de transmissão parental, entre usuários de drogas injetáveis (Ópios), evitando que indivíduos já infectados transmitam diferentes vírus e descartem seringas possivelmente contaminadas em locais públicos (FONSECA, 2005; FERNADEZ, 1997). O programa se propõe a fazer troca de seringas usadas, por seringas novas estéreis (FONSECA; BASTOS, 2005). De maneira geral, nos programas de redução de danos são disponibilizados kits para o uso mais seguro de drogas. Compõem estes kits agulhas e seringas descartáveis, lenços umedecidos, água destilada, copo plástico, garrote, preservativos e folhetos informativos (FONSECA, 2005; DELBON et al, 2006).

- Manutenção por metadona, é uma estratégia mais difundida em países onde o consumo de heroína se faz mais presente e tem como objetivo utilizar a metadona – um opiáceo sintético – que diminui os sintomas da fissura e da abstinência da droga, substituindo a pura heroína, que também pertence à classe de opiáceos (FONSECA, 2005). Seu foco não é a abstinência, mas sim a redução de riscos da dependência da heroína pela manutenção do usuário em um tratamento, possibilitando uma diminuição dos efeitos adversos associados da droga, reduzindo também o envolvimento de usuários em circuito ilícito de obtenção de drogas (EMCDDA, 2003; FONSECA; BASTOS, 2005).

- Prescrição de drogas, amplamente utilizada nos programas brasileiros de redução de danos, pelo aumento dos usuários de crack no país. Esta estratégia visa à substituição do crack fumado em cachimbos, pelo crack fumado misturado aos cigarros de maconha, o famoso “mesclado”, o que acaba diminuindo a quantidade de crack e conseqüentemente os danos causados pela droga (ABORDA, 2008). Entende-se que esta ação possui sucesso efetivo na redução dos sintomas da fissura causada pela falta da droga no organismo dos usuários dependentes, servindo também de atrativo para os usuários de drogas terem acesso até a possibilidade de tratamento oferecida, além disso, esta se caracterizaria como uma meta intermediária até a abstinência, possibilitando ao usuário uma mudança em seu padrão de consumo, reduzindo gradualmente os danos e a quantidade de drogas consumidas (ALVES, 2009).

Além disso, a redução de danos associada ao consumo de crack está amplamente relacionada com a questão da redução das práticas sexuais de risco, uma vez que este consumo pode resultar em uso inconsistente de preservativos, já que a droga causa turvação da consciência e excitação sexual (FONSECA; BASTOS, 2005). Há também a questão de que o uso do crack traz muita tosse, somado ao modo como se faz este uso, geralmente em lugares fechados e mal ventilados, facilitando, portanto, a disseminação da tuberculose entre os usuários e, diante disso, os programas de RD distribuem filtros que reduzem a quantidade de fuligem e impurezas vaporizadas, para serem adaptados nos cachimbos utilizados pelos usuários (FONSECA; BASTOS, 2005). Evidentemente que no caso de substâncias como o crack as práticas de redução de danos são menores que em outras substâncias que podem ter efeitos menos intensos ao sujeito. Isto é, dependendo do tipo de droga, acreditamos que ações de redução de danos são mais ou menos possíveis.

- Salas de uso seguro, disseminadas em cidades européias, caracterizadas por ambientes fechados, onde os consumidores encontram disponíveis materiais para fazerem uso seguro da droga, como seringas estéreis, preservativos, cuidados éticos e aconselhamento,

porém não são disponibilizadas drogas, estas devem ser trazidas por seus usuários (FONSECA, 2005).

- Redução de danos em presídios, uma estratégia altamente condizente com a realidade do país, pela contestação de grande incidência de transmissão do HIV dentro das prisões, que ocorre, geralmente, por meio de sexo desprotegido, compartilhamento de seringas e agulhas para injeção de drogas, bem como para tatuagens, além de que esta população carcerária, em quase sua totalidade, se encontra distante do acesso às ações preventivas (FONSECA, 2005).

- Redução de danos direcionada a usuários de anabolizantes, por estes, muitas vezes, compartilharem seringas utilizadas na má administração dos anabolizantes (FONSECA; BASTOS, 2005).

- Redução de danos direcionada a travestis, tanto pelo compartilhamento de seringas para injetar silicone, quanto pela procedência, muitas vezes, indevida do produto (FONSECA; BASTOS, 2005).

Além disso, podem ser consideradas ações de programas de redução de danos o mapeamento de regiões freqüentadas pela população atingida pelos programas; diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, coleta de sangue, papanicolau e escarro; vacinas contra Hepatites, clínica de abordagem sindrômica de DSTs; orientação e aconselhamento em relação à prevenção e ao tratamento de doenças, fornecimento de insumos para prevenção e redução de danos; encaminhamentos para inserção dos sujeitos em programas da rede assistencial de saúde, dispositivos sociais e inserção no trabalho (SILVA et al, 2009).

Estes são exemplos das ações de redução de danos utilizadas pelos países, inclusive o Brasil, que reconhecem, aceitam e investem nesta política social que busca não erradicar o uso, mas o “mau uso que pode resultar em importantes ameaças ao bem estar do indivíduo ou da sociedade. Coloca-se, assim, uma clara distinção entre o uso controlado e uso descontrolado (ou abuso) de psicoativos” (RODRIGUES, 2003). Geralmente, estas ações são desenvolvidas pelos chamados redutores de danos, que são civis, que podem ou não ter formação acadêmica, podem ou não, ser usuários ou ex-usuários de drogas.

Estas e outras ações que se caracterizam como redução de danos foram desenvolvidas e implantadas nas políticas públicas por acreditar que os comportamentos de risco, envolvendo uso de drogas e práticas sexuais desprotegidas, causam danos ao sujeito e ao contexto social em que ele está inserido, podendo, então, ser reduzidos ou até mesmo eliminados, englobando, também, aconselhamento e acompanhamento dos sujeitos considerados com estilos de vida arriscados (RODRIGUES, 2003). Silva et al (2009) considera estes sujeitos como aqueles que vivem e trabalham nas ruas, como os usuários de

drogas, michês, mulheres e homens profissionais do sexo, adolescentes em situação de exploração sexual, transexuais, travestis, lésbicas e mulheres que trabalham em casas de programas.

A redução de danos seguida por suas estratégias é compreendida como um programa de baixa exigência, que se opõe aos programas de altas exigências, que assumem como pré-requisito a abstinência imediata (RODRIGUES, 2003). Além disso, de acordo com Ogborne, Carber e Wiebe (2001), as ofertas de redução de danos quando isentas de julgamentos e desprovidas de muitas exigências, contribuem para atrair os usuários de drogas e os profissionais do sexo, possibilitando um conhecimento maior de sua realidade, o que dá espaço para que o objetivo da RD seja efetivado, que é trabalhar com o sujeito em seu próprio contexto, a fim de buscar soluções adequadas e culturalmente apropriadas para cada sujeito que se encontra em situação de vulnerabilidade. O imperativo da RD, portanto, deve ser a “autonomia do consumidor e do respeito por seu hábito e modo de vida [...] já que uma vida de usos moderados não significaria isolamento social ou padecimento físico para o usuário” (RODRIGUES, 2003).

O objetivo da RD encontra-se fundamentado no imperativo de promoção de qualidade de vida a qualquer cidadão, sobre os preceitos de que são necessárias intervenções participativas no trato com pessoas em situações de vulnerabilidade, ressaltando a importância do contexto social e da valorização dos direitos humanos. Em consonância, Moreira, Silveira e Andreoli (2006) afirmam que os princípios da redução de danos se apóiam na idéia de que:

- É uma política de saúde pública alternativa aos modelos tradicionais, entretanto seguem os modelos moral, criminal e de doença;
- Aceita que a abstinência é a meta ideal a ser alcançada, mas o caminho percorrido até se chegar à abstinência deve estar permeado por ações alternativas que diminuam os riscos;
- Baseia-se na defesa do sujeito que se encontra em situação de vulnerabilidade social;
- Como uma alternativa as políticas de alta exigência que somente aceitam a abstinência como um requisito para o engajamento no tratamento, a RD acolhe de forma mais tolerante os sujeitos, se caracterizando como um tratamento de baixa exigência no momento de adesão do sujeito às ações de RD;
- É baseada na idéia do pragmatismo empático contra o idealismo moralista proposto pelos modelos tradicionais de atendimento aos sujeitos com práticas de risco.

Os princípios e objetivos que definem o conceito de redução de danos e a caracteriza como uma política de saúde pública direcionada a pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade pelo exercício de práticas de risco, a afirma como uma proposta que tem por



finalidade mobilizar as pessoas para que adquiram uma maior qualidade de vida independente de seus vícios ou práticas.

Configura-se, então, como uma política que atinge os estilos de vida de sujeitos que possuem práticas de risco, pelo entendimento que é uma opção de vida do sujeito, não podendo obrigá-lo a deixar tais hábitos, entretanto, é preciso alertá-lo e orientá-lo no sentido dele compreender que sua prática é desviante, causando-lhe mal e que para isso existem ações a fim de minimizar os danos, sem interferir na prática propriamente dita. Demonstra, portanto, uma preocupação em diminuir o sofrimento e tratar com humanidade qualquer sujeito que se encontra em situação vulnerável.

### **Referências Bibliográficas**

ALVES, V.S. Modelos de Atenção À Saúde de Usuários de Álcool e Outras Drogas: Discursos Políticos, Saberes e Práticas, **Cadernos de Saúde Pública**, 25 (11), Rio de Janeiro, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REDUTORAS E REDUTORES DE DANOS –ABORDA, **Redução de Danos no Cotidiano**, 2008. Disponível em [www.aborda.com.br](http://www.aborda.com.br) Acesso em 15 abr. 2010.

CAMPOS, M.A.; SIQUEIRA, D.J.R.; BASTOS, F.I. Drogas e Redução de Danos: Abordagens Para Pessoas Vivendo com HIV e Aids. In: PINHEIRO, R.M.; SILVEIRA, C.; GUERRA, E. (org.) **Drogas e Aids – Prevenção e Tratamento**, Fundação do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

DELBON, F.; DA ROS, V.; FERREIRA, E.M.A. Avaliação da Disponibilização de Kits de Redução de Danos, **Rev. Saúde e Sociedade**, v.15, n1, p.37-48, 2006.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION – EMCDDA, Relatório Anual Sobre a Evolução do Fenômeno da Droga na União Européia e na Noruega, 2003. [HTTP://ar2002.emcdda.eu.int/home-pt.html](http://ar2002.emcdda.eu.int/home-pt.html) Acesso em 10. out. 2009.

FEFFERMANN, M.; FIGUEIREDO, R. Redução de Danos Como Estratégia de Prevenção de Drogas Entre Jovens, **Boletim do Instituto de Saúde**, nº 40, São Paulo, Instituto de Saúde, 2006.

FERNANDEZ, O. Drogas e o (Des)Controle Social. In: PASSETTI, E.; SILVA, R.B.D. **Conversações Abolicionistas: Uma Crítica do Sistema Penal e da Sociedade Punitiva**, São Paulo: IBICICrim, 1997.

FONSECA, E.M. **Políticas de Redução de Danos ao Uso Indevido de Drogas: O Contexto Internacional e Uma Análise Preliminar dos Programas Brasileiros**, Dissertação, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

\_\_\_\_\_.; BASTOS, I.F. Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: Comparando as Experiências Americana, Britânica e Brasileira. In: ACSELRAD, G. **Avessos do Prazer:**

**Drogas, Aids e Direitos Humanos**, Ed. FioCruz, Rio de Janeiro, 2005.

MOREIRA, F.G.; SILVEIRA, D.X.; ANDREOLI, S.B. Redução de Danos do Uso Indevido de Drogas no Contexto da Escola Promotora de Saúde, **Ciência e Saúde Coletiva**, 11 (3), São Paulo, 2006.

OGBORNE, A.; CARVER, V.; WIEBE, J.; Harm Reduction and Injection Drug Use: Na International Comparative Study of Contextual Factors Influencing the Development and Implementation of Relevant Policies and Programs; 2001. Disponível em [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hepatitis\\_c/pdf/harm\\_reduction\\_e/index.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hepatitis_c/pdf/harm_reduction_e/index.html) Acesso em 29 jan. 2010.

PAES, P.C.D.; OLIVEIRA, M.W. Educação no Programa de Redução de Danos: Alienação ou Práxis Educativa, **Revista Brasileira de Educação**, nº6, 2004.

QUEIROZ, I.S. Os Programas de Redução de Danos Como Espaços de Exercício de Cidadania dos Usuários de Drogas, **Psicologia Ciência e Profissão**, vol 21. Nº4 Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Adoção de Ações de Redução de Danos Direcionadas aos Usuários de Drogas: Concepções e Valores de Equipes do PSF, **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 2(1), São João Del Rei, Mar/Ag, 2007.

RODRIGUES, T. Política de Drogas e a Lógica de Danos, **Revista Verve**, São Paulo, Nu-Sol/PUC-SP, n.03, 2003.

SILVA, S.M.; SPIASSI, A. L.; ALVES, D.C.; GUEDES, D.J.; LEIGO, R. O.; Redução de Danos: Estratégia de Cuidado Com Populações Vulneráveis na Cidade de Santo Andre – SP, **Rev. Saúde e Sociedade**, vol. 18, supl.2, 2009.

