



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**

CARLA RIBEIRO

**REDUÇÃO DE DANOS E SEUS PRINCÍPIOS: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA NA SAÚDE COLETIVA**

**FLORIANÓPOLIS - SC
2015**

Carla Ribeiro

**Redução de Danos e seus Princípios: uma revisão sistemática na
saúde coletiva**

Tese de Doutorado submetida ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, Centro de Ciências
da Saúde, Universidade Federal de
Santa Catarina para obtenção de
título de doutora.

Orientadora: Profa. Dra. Fátima
Büchele

Florianópolis - SC
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Ribeiro, Carla
Redução de Danos e seus Princípios : uma revisão
sistemática na saúde coletiva / Carla Ribeiro ;
orientadora, Fátima Büchele - Florianópolis, SC, 2015.
263 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Redução de Danos. 3. Princípios. 4.
Uso de Drogas. 5. Revisão Sistemática. I. Büchele, Fátima.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

“Redução de danos e seus princípios: uma revisão sistemática na saúde coletiva”

CARLA RIBEIRO

Tese julgada adequada para a obtenção do título de: **“DOUTORA EM SAÚDE COLETIVA”**. Área de concentração: **SAÚDE COLETIVA**.

Florianópolis (SC), 28 de abril de 2015

PROF. DR. RODRIGO OTÁVIO MORETTI PIRES
Coordenador

Banca

Prof.ª Dra. Fátima Büchele (Presidente)

Prof.ª Dra. Carla Dalbosco (Membro Externo)

Prof.ª Dra. Sheila Rubia Lindner (Membro Externo)

Prof.ª Dra. Elza Berger Saldama Coelho (Membro)

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires (Membro)

Prof.ª Dra. Sandra Noemi Cucurulla de Cápioni (Membro)

Dedico ao meu pai, Airton, à minha mãe, Vera, (in memoriam) e a meu irmão, Eduardo, que dignamente me apresentaram à importância a família e ao caminho da honestidade e persistência

Meu partido
É um coração partido
E as ilusões
Estão todas perdidas
Os meus sonhos
Foram todos vendidos
Tão barato que eu nem acredito
Ah! Eu nem acredito
Que aquele garoto
Que ia mudar o mundo
Mudar o mundo
Frequenta agora
As festas do "*Grand Monde*"
Meus heróis
Morreram de overdose
Meus inimigos
Estão no poder
Ideologia!
Eu quero uma pra viver
Ideologia!
Eu quero uma pra viver
O meu prazer
Agora é risco de vida
Meu *sex and drugs*
Não tem nenhum *rock 'n' roll*
Eu vou pagar
A conta do analista
Pra nunca mais
Ter que saber
Quem eu sou
Ah! Saber quem eu sou
Pois aquele garoto
Que ia mudar o mundo
Mudar o mundo
Agora assiste a tudo
Em cima do muro
Em cima do muro!
Meus heróis
Morreram de overdose
Meus inimigos
Estão no poder

Ideologia!
Eu quero uma pra viver
Ideologia!
Pra viver
Pois aquele garoto
Que ia mudar o mundo
Mudar o mundo
Agora assiste a tudo
Em cima do muro
Em cima do muro
Meus heróis
Morreram de overdose
Meus inimigos
Estão no poder
Ideologia!
Eu quero uma pra viver
Ideologia!
Eu quero uma pra viver
Ideologia!
Pra viver
Ideologia!
Eu quero uma pra viver

Ideologia

Cazuza

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força, quando tudo parecia perdido, sempre me mostrando outras possibilidades, para que pudesse superar os obstáculos e me encontrar novamente.

À minha família que, pelo exemplo de luta e superação constante, foi o porto seguro, para que eu pudesse renovar as forças e seguir em frente; mesmo diante da perda, juntos enfrentamos a adversidade, com a certeza de que o amor sempre nos uniu.

Ao meu namorado, Mário, que compreendeu este momento e sempre me incentivou a seguir em frente.

A meus amigos, pela energia positiva, incentivo, amparo e compreensão, principalmente nos momentos de ausência. Muito obrigada pela amizade!

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo carinho e incentivo.

À Fátima Büchele, minha orientadora, que esteve ao meu lado num dos momentos mais difíceis da minha vida. Obrigada pela compreensão e carinho.

Aos professores membros da banca de defesa de doutorado, por aceitarem o convite, e pelas contribuições para esta tese.

À CAPES, pela Bolsa de Doutorado, no período de 2010 a 2014, a qual possibilitou o suporte material que me permitiu dedicar-me mais intensamente ao estudo e à pesquisa durante o doutorado.

Muito obrigado!

RESUMO

A presente tese é um estudo qualitativo intitulado *Redução de Danos e seus Princípios: uma Revisão Sistemática na Saúde Coletiva*. Ela afirma que os princípios da Redução de Danos (RD) propostos por Marlatt (1999) são apresentados nas publicações nacionais e internacionais dos periódicos de Saúde Coletiva, e podem colaborar na análise desta proposta no contexto atual. Objetivamos i) identificar as características das publicações sobre a RD na abordagem às drogas nos periódicos nacionais e internacionais na área da Saúde Coletiva; ii) analisar como os princípios da RD, descritos na literatura por Marlatt (1999), se apresentam nas publicações nacionais e internacionais da área de Saúde Coletiva. A RD é uma abordagem à droga que propõe estratégias que enfrentem os desafios de seu uso de forma ampla e integral. Trata-se de uma estratégia internacional com ações diversificadas, transformando-se em uma possibilidade de produção de saúde diferente da lógica da abstinência. Marlatt (1999), um reconhecido pesquisador da dependência química, propõe princípios que fundamentam a RD, debatendo tópicos ligados ao complexo contexto das drogas e suas estratégias de cuidado. A metodologia adotada foi uma revisão sistemática das publicações da área da Saúde Coletiva sobre a RD direcionadas às drogas, em periódicos nacionais e internacionais disponíveis nas bases de dados: SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS, PUBMED e *Web of Science*. A busca ocorreu no período de maio a junho de 2014. Cumprindo o modelo do Programa de Saúde Coletiva da UFSC, foram construídos dois artigos, que configuram os resultados desta tese. O primeiro deles tem como título *Revisão Sistemática sobre Redução de Danos: a produção científica em saúde coletiva*. Como resultado dos 49 artigos analisados, tem-se que a maioria das publicações deu-se em periódicos internacionais, com publicações em 11 países. As publicações ocorreram em português e inglês, com predominância na língua inglesa. A maioria foi direcionada ao uso de droga injetável (DI), mas também foram encontradas discussões sobre o álcool, maconha, metadona, drogas (sem especificação) e tabaco. O segundo artigo é denominado *Análise dos Princípios da Redução de Danos na Produção Científica da Saúde Coletiva*. O método que norteou este artigo foi a metassíntese como estratégia de análise. Os oito artigos selecionados são, na sua maioria, provenientes de periódicos nacionais, sendo apenas um internacional; seis estudos são brasileiros, um canadense e outro estadunidense. O debate nacional sobre a RD foi principalmente direcionado ao álcool e

às drogas, enquanto que os dois artigos internacionais abordam o uso de DI, com aspectos relativos aos contextos dos países de origem, sendo que estes resultados podem contribuir com propostas nacionais. Por fim, nosso estudo chegou às seguintes conclusões: as publicações sobre a RD refletem o contexto social e político dos diferentes países, assim as diferenças de avanços e desafios da RD na sociedade caminham juntas à compreensão política, social, econômica, cultural e moral de cada grupo social, estando esse entendimento vinculado, na relação com a droga, tanto no âmbito privado quanto no coletivo. Houve avanços no debate da RD, mas também entraves diante da hegemonia das propostas proibicionistas que geram embates e desconfiança com as propostas da RD. A clareza dos seus princípios para orientar as práticas de RD fortalece e desmistifica a proposta. A discussão sobre as questões relacionadas à estratégia de RD fica pautada mais no idealismo moralista do que nos aspectos científicos, o que subsidiaria a importância da estratégia. A Saúde Coletiva, enquanto um espaço aberto para criar novos paradigmas, pode impulsionar propostas de RD, considerando que esse campo de intervenção interdisciplinar pode preencher a lacuna existente entre a ausência de cuidado e a abstinência.

Palavras-chave: redução do dano, usuário de drogas, Saúde Coletiva, revisão, publicações periódicas.

ABSTRACT

This thesis is a qualitative study entitled Harm Reduction and its Principles: A Systematic Review of Public Health. It claims that the principles of Harm Reduction (HR) proposed by Marlatt (1999) are presented in national and international publications of Public Health journal, and can help the analysis of this proposal in the present context. We aim to i) identify the papers characteristics on the HR approach to drugs in national and international journals in Public Health field; ii) analyze how the HR principles, described in the literature by Marlatt (1999), are presented in national and international publications of Public Health. HR is an approach to drug proposing strategies that address the challenges of its use in a broad and comprehensive manner. This is an international strategy for diverse actions, becoming a possibility of producing different health withdrawal logic. Marlatt (1999), a recognized addiction researcher, proposes principles that underlie HR, discussing topics related to the complex environment of drugs and their care strategies. The methodology used was a systematic review of the Public Health area publications on HR directed to drugs, in national and international journals available in the SciELO, Virtual Health Library (VHL), LILACS, PUBMED, and Web of Science database. Our search took place from May to June 2014. Two articles were made, meeting UFSC model of the Public Health Program, which results are shown this thesis. The first is entitled Systematic Review of Harm Reduction: Scientific Production in Public Health. As a result of the 49 articles analyzed, most publications occurred in international journals, with publications in 11 countries. The publications were in Portuguese and English, predominantly in English. Most were directed to injecting drug use (ID), but were also found discussions on alcohol, marijuana, methadone, drugs (unspecified) and tobacco. The second article is named Analysis of the principles of harm reduction in the Scientific Production of Public Health. The method that guided this article was the meta-synthesis as strategy analysis. The eight selected articles are mostly from national journals, only one international; six studies are Brazilian, one Canadian and one American. The national debate on HR was mainly directed to alcohol and drugs, while two international articles address ID, with aspects related to the contexts of countries of origin, and those results may contribute to national proposals. Finally, our study reached the following conclusions: publications on HR reflect the social and political context of different countries and the differences in progress and challenges of HR in society go together with the

political, social, economic, cultural and moral understanding of each social group, which, in relation to the drug, this understanding is linked to both private and public environment. Progress was made in the discussion of HR, but there were also barriers in relation to the hegemony of prohibition proposals that generate conflicts and distrust with the proposals of HR. The clarity of its principles to guide HR practices strengthens and demystifies the proposal. The discussion on issues related to HR strategy is based more on moral idealism than on the scientific aspects, which would subsidize the importance of strategy. The Public Health, as an open space to create new paradigms, can boost HR proposals, considering this interdisciplinary field of intervention can fill the gap between lack of care and abstinence.

Key-words: harm reduction, drug user, public health, review, periodicals.

LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AJPH	<i>American Journal of Public Health</i>
BARLAB	<i>Behavioral Alcohol Research Laboratory</i>
BASICS	<i>Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students</i>
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS - AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CN-DST/AIDS	Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS.
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONFEM	Conselho Federal de Entorpecentes
CSC	Ciência & Saúde Coletiva
CSP	Cadernos de Saúde Pública
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DI	Droga Injetável
EUA	Estados Unidos da América
FI	Fator de Impacto
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
FUNCAB	Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate ao Abuso de Drogas
G8	Grupo dos Oito
GAP	<i>Global Program on AIDS</i>
GSJ	Gabinete de Segurança Institucional
HCV	Hepatite C
HIV/AIDS	AIDS (em inglês: <i>acquired immuno deficiency syndrome</i> , em português SIDA — Síndrome da imunodeficiência adquirida) é uma doença do sistema imunológico pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH — em inglês: <i>human immuno deficiency virus - HIV</i>)
HP	<i>Health Place</i>
HR	<i>Harm Reduction</i>
HTLV	Vírus linfotrópico da célula humana

IES	Instituições de Ensino Superior
JCR	<i>Journal Citation Reports</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LSD	Dietilamina do Ácido Lisérgico é a sigla originada da palavra em alemão “ <i>Lysergsäurediethylamid</i> ”, que é uma das mais potentes substâncias alucinógenas conhecidas.
MS	Ministério da Saúde
NA	Narcóticos Anônimos
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OGs	Organizações Governamentais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PBE	Prática Baseada em Evidências
PM	<i>Preventive Medicine</i>
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PRD	Programa de Redução de Danos
PTS	Programa de Troca de Seringa
PUBMED	Base de dados de bibliografia especializada na área da biomedicina.
RAR	Metodologia do Diagnostico Rápido e Pronto Resposta
RD	Redução de Danos
RSP	Revista Saúde Pública
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UDI	Usuário de Droga Injetável
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UN	Conjunto das Nações Unidas
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNE	União Nacional dos Estudantes
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

LISTA DE QUADROS

Tese	Página
Quadro 1 – Classificação dos 6 (seis) periódicos selecionados para análise	98
Quadro 2 – Estratégias de busca nas bases consultadas	100
Quadro 3 – Matriz de Categorização dos Princípios da RD	107
Quadro 4 – Resumo das características das publicações encontradas	245
Artigo 1	
Quadro 1 – Classificação dos 6 (seis) periódicos selecionados para análise	161
Quadro 2 – Estratégias de busca nas bases consultadas	163
Quadro 3: Estudos de redução de danos em periódicos nacionais e internacionais da Saúde Coletiva segundo fonte de definição de conceito e tipo de instrumento de coleta de dados	169
Artigo 2	
Quadro 1 – Classificação dos 6 (seis) periódicos selecionados para análise	207
Quadro 2 – Matriz de categorização dos princípios da RD	209
Quadro 3 - Caracterização dos artigos analisados, segundo periódico, autor/ ano de publicação, título, sujeitos da pesquisa, droga estudada e país	213

Quadro 4 - Caracterização da abordagem metodológica dos artigos revisados	215
Quadro 5 - Caracterização dos artigos analisados, segundo objetivo do estudo, droga estudada, país e categorização dos princípios	217

LISTA DE FIGURAS

Tese	Página
Figura 1 – Revisão sistemática sobre RD em periódicos nacionais e internacionais.	103
Figura 2 – Síntese do processo de obtenção dos artigos selecionados para metassíntese	109
 Artigo 1	
Figura 1 – Revisão sistemática sobre RD em periódicos nacionais e internacionais	165
 Artigo 2	
Figura 1 – Síntese do processo de obtenção dos artigos selecionados para a metassíntese	211

LISTA DE TABELAS

Tese	Página
Tabela 1– Prevalência de uso na vida de substâncias psicoativas, conforme a faixa etária dos universitários	45
 Artigo 1	
Tabela 1 - Número de artigos segundo periódico publicado, continente da publicação, idioma, formação do 1º autor, ano por década, metodologia do estudo, droga abordada, sexo e idade da população pesquisada.	167

APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado, intitulada “*Redução de danos e seus princípios: uma revisão sistemática na Saúde Coletiva*”, organizada de acordo com o regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estrutura-se em: *introdução, objetivos, fundamentação teórica, metodologia, resultados e considerações finais*.

Na *introdução* é apresentada a relevância do estudo sobre a Redução de Danos (RD) na abordagem às drogas, frente à falência de estratégias tradicionais direcionadas à abstinência e ao proibicionismo. A RD é descrita como uma estratégia de saúde pública voltada para usuários de drogas e adotada em diversos países. Sua proposta vem, inicialmente, em resposta à crise da HIV/AIDS, na década de 1980, diante do risco de contaminação dos Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs). Fundamentada nos ideais do pragmatismo e humanismo, reconhece que as drogas são prejudiciais, mas tem se mostrado uma estratégia que se propõe a refletir, elaborar ações e políticas públicas de forma ampliada. Por fim, neste item são lançadas as *perguntas de pesquisa* que norteiam esta tese, seguidas dos *objetivos* da tese.

A *fundamentação teórica* inicia contextualizando a relação da sociedade com a droga para, na sequência, discutir políticas públicas sobre drogas, RD e seus princípios. Na sequência abordaremos a relação histórica do homem com as drogas, a influência do capitalismo no uso, abuso e medicalização, seguido do impacto que essas substâncias apresentam na sociedade. Nas políticas públicas, descreveremos a sua trajetória, seguida da relação com os modelos de atenção à saúde, finalizando com as políticas sobre drogas no Brasil. Por último, apresentaremos os percursos da RD no Brasil e no mundo, seus princípios, bem como seus fundamentos na perspectiva de G. Alan Marlatt.

A *metodologia* descreve inicialmente as etapas da tese. No delineamento teórico metodológico da pesquisa apresentaremos brevemente os materiais a serem analisados e o embasamento teórico da pesquisa. Na sequência, são descritas as etapas da seleção e organização dos artigos pesquisados nos periódicos nacionais e internacionais. Por último, as estratégias de análise dos princípios da RD nas publicações selecionadas.

Os *resultados* da tese são apresentados segundo norma do PPGSC, na forma de dois artigos, referentes às perguntas do estudo. O primeiro é intitulado *Revisão Sistemática sobre Redução de Danos: a produção*

científica em saúde coletiva. Fazem parte desse artigo o resultado dos estudos selecionados segundo suas características, tais como o tipo de droga abordada, a metodologia, o país de origem, o ano da publicação, periódico, formação do primeiro autor(a), e sujeitos pesquisados. O segundo artigo, sob o título *Análise dos Princípios da Redução de Danos na Produção Científica da Saúde Coletiva*, apresenta a análise e a categorização dos princípios da RD nos textos selecionados dos periódicos nacionais e internacionais.

Os artigos 1 e 2 serão submetidos, após avaliação da banca examinadora da tese de doutorado, aos periódicos Cadernos de Saúde Pública e Revista de Saúde Pública respectivamente. Ainda, em observância ao regimento do Programa, as versões dos manuscritos são em português e sua formatação seguem normas dos periódicos selecionados.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	29
2.	OBJETIVOS	35
3.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	37
	3.1 – CONTEXTUALIZANDO A RELAÇÃO DA SOCIEDADE COM AS DROGAS	37
	3.1.1 – Drogas e o homem: uma história construída	37
	3.1.2 – Uso, abuso e medicalização: influências do capitalismo	41
	3.1.3 – Impacto da droga na sociedade	43
	3.2 – POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS	48
	3.2.1 – Contextualizando a evolução das políticas públicas sobre drogas	48
	3.2.2 – Políticas públicas e modelos de atenção à saúde	52
	3.2.3 – Políticas públicas sobre drogas no Brasil	56
	3.3 – REDUÇÃO DE DANOS	67
	3.3.1 – Redução da oferta, redução da demanda e redução de danos ..	68
	3.3.2 – Percursos da redução de danos no mundo	72
	3.3.3 – Percursos da redução de danos no Brasil	74
	3.4 – PRINCÍPIOS DA REDUÇÃO DE DANOS	82
	3.4.1 – Apresentando G. Alan Marlatt	82
	3.4.2 – Redução de danos e seus princípios por G. Alan Marlatt	86
4.	METODOLOGIA.....	95
	4.1- DELINEAMENTO TEÓRICO METODOLÓGICO DA PESQUISA	95
	4.2 - SELEÇÃO E ANÁLISE DE ARTIGOS DE REVISTAS CIENTÍFICAS	96
	4.3 - ANÁLISE DOS PRINCÍPIOS DA REDUÇÃO DE DANOS	105
5.	RESULTADOS	111
	ARTIGO 1 – REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE REDUÇÃO DE DANOS: A PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE COLETIVA	113
	ARTIGO2 – ANÁLISE DOS PRINCÍPIOS DA REDUÇÃO DE DANOS NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA SAÚDE COLETIVA	175
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	219

7.	REFERÊNCIAS	225
8.	ANEXO	243
	8.1 - ANEXO 1	245
	Quadro 4: Resumo das características das publicações encontradas. _	245

1. INTRODUÇÃO

O uso abusivo das drogas é uma realidade da contemporaneidade e traz uma série de consequências que não podem ser ignoradas. A complexidade que envolve esse fenômeno necessita de ações e estratégias que enfrentem esses desafios de forma ampla e integral para avançar no alcance dos resultados.

As abordagens tradicionais aos usuários de drogas estão direcionadas à abstinência como primeiro passo para o tratamento. A Redução de Danos (RD) abre espaço para outras alternativas diante do uso de drogas, ao propor estratégias de abordagem para além da abstinência. Por analogia, se o uso de drogas fosse comparado ao semáforo, os usuários, ao se aproximarem de um cruzamento, teriam as seguintes opções diante das cores do sinal: vermelho – pare de usar (abstinência); verde – continue usando; amarelo – atenção (diminua a velocidade, tome cuidado e perceba o potencial de danos associados às drogas). A RD se encaixa no significado do amarelo, uma leitura intermediária entre extremos, que pode sensibilizar muitos usuários que não querem ou não podem parar completamente o uso (MARLATT; WITKIEWITZ, 2010).

Por mais que a proposta possa parecer simples, ela enfrenta dificuldades na sua implementação, visto que no contexto brasileiro, oriundo da ditadura militar e de seu lento processo de abertura política, houve rearranjos macropolíticos que permitiram práticas autoritárias no interior do próprio Estado Democrático. As políticas de drogas assumem uma posição estratégica nesta reforma estatal, dificultando o amplo processo de democratização e restrições para a atenção equânime, integral e universal às pessoas usuárias de drogas (PASSOS; SOUZA, 2011).

Numa perspectiva histórica, as políticas públicas sobre drogas no Brasil foram influenciadas por estratégias internacionais, vinculadas principalmente aos países que adotaram o proibicionismo como doutrina legal de ação sobre a droga, divididas entre a intervenção do modelo biomédico e da segurança pública (BOUERI, 2007; SOUZA; KANTORSKI, 2007; GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

O maior desafio das políticas brasileiras é romper com o conservadorismo e desvincular-se dos interesses internacionais. Outra dificuldade no País é a descontinuidade das propostas, ocasionada pela alternância do poder - onde alianças, pactos, conflitos internos acabam por subordinar o Estado aos interesses divergentes da necessidade social (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

A RD é uma estratégia internacional em resposta à crise da HIV/AIDS¹ na década de 1980, à vulnerabilidade dos Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs), devido a comportamentos de risco, entre outros, de compartilhar agulhas e seringas. Mantém-se até os dias atuais com a ampliação de suas propostas com ações diversificadas e com inserção em diversos países (MESQUITA; BASTOS, 1994; MARLATT, 1999; MESQUITA; SEIBEL, 2000; AYRES *et al.*, 2003; CRUZ, 2006; MARLATT; WITKIEWITZ, 2010).

Esta abordagem foi iniciada quando a disseminação do vírus beirava a pandemia na população mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) previa, para a década de 1990, uma explosão de 30 a 40 milhões de pessoas infectadas em 2000. A transmissão parenteral entre UDIs, na época, era fato geralmente negligenciado pelas autoridades, constituindo, portanto, uma população excluída da sociedade e exposta ao risco de contaminação e transmissão. Sem escolher credo religioso, gênero, idade, classe social ou raça, o risco atingia a todos (PAIVA, 1992; MESQUITA; SEIBEL, 2000).

Assim, a RD iniciou com o objetivo de controlar a contaminação pelo vírus HIV, como alternativa aos muitos usuários que não iriam interromper o uso injetável de drogas. Sua abordagem era centrada no elo de transmissão. Ao longo da sua implementação, a proposta foi-se transformando em uma nova estratégia de produção de saúde diferente da lógica da abstinência, e abriu brechas na oferta de saúde e acesso para a população de usuários de drogas (MARLATT, 1999; MESQUITA; SEIBEL, 2000; BÜCHELE, 2005; PASSOS; SOUZA, 2011).

A RD, adotada por diversos países como Austrália, Brasil, Canadá, Estados Unidos da América (EUA), alguns países na Europa e América Latina, foi reconhecida como estratégia de saúde pública voltada para usuários de drogas, cuja ênfase é ajudá-los a permanecer vivos e saudáveis (LOGAN; MARLATT, 2010; TATARSKY; MARLATT, 2010; SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2012).

No Brasil, as ações de RD ganham força no mesmo período, também motivadas pelo contágio da AIDS, momento em que os UDIs, devido a suas práticas de compartilhar seringas, ficaram duplamente vulneráveis. Primeiro, porque o uso de drogas ilícitas já coloca essa população em situação de risco

¹AIDS (em inglês: *acquired immuno deficiency syndrome*, em português SIDA— Síndrome da imunodeficiência adquirida) é uma doença do sistema imunológico humano causada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH — em inglês: *human immuno deficiency vírus* - HIV).

social; segundo, porque o ato de compartilhar equipamento para o uso da droga aumenta as chances de contato com o vírus HIV (MESQUITA; SEIBEL, 2000).

O objetivo principal da abordagem de RD é atender os indivíduos e/ou comunidade onde se encontram, sem ignorar os comportamentos nocivos, porém sem condená-los, pois o trabalho é centrado na minimização dos efeitos nocivos de um determinado comportamento (LOGAN; MARLATT, 2010; MARLATT; WITKIEWITZ, 2010).

Em outras palavras, as estratégias de RD são ações que objetivam diminuir as consequências da exposição a algum risco de danos associados a certos comportamentos (NIEL; SILVEIRA, 2008). Muitas delas fazem parte do nosso cotidiano, tais como o uso de cinto de segurança por motoristas de automóveis, o uso do capacete para motociclistas, a legislação que objetiva a diminuição dos acidentes de trânsito devido ao abuso do álcool, entre tantas outras (CRUZ, 2011).

A RD surge como uma proposta que tenta flexibilizar limites e busca preencher a lacuna deixada pela medicina e saúde pública/coletiva. Por tradição, a saúde pública trabalha com a proposta de minimização de danos, desde medidas mais simples, como a limpeza do suprimento de água, às mais complexas, como o rastreamento de doenças infectocontagiosas. Assim, o conceito da RD tornou-se um componente indispensável nas ações de saúde pública, inicialmente na prevenção da disseminação do HIV e, posteriormente, também no cuidado e na assistência aos usuários de álcool e outras drogas. Além disso, é uma abordagem universal no campo da saúde, e seu debate dentro da Saúde Coletiva é importante, pois é uma área de saber e práticas que aborda a saúde como um fenômeno social (MESQUITA; BASTOS, 1994; MARLATT; 1999; MESQUITA; SEIBEL, 2000; BÜCHELE, 2005; PAIM, 2006).

Assim, a ampla dimensão das drogas sobrecarrega toda a sociedade brasileira e exige ações que deem conta da sua complexidade, considerando a dimensão cultural, as diferenças regionais, a disponibilidade de recursos e a vulnerabilidade de parcelas da população. Esta vulnerabilidade pode ser compreendida como o potencial de adoecimento/não adoecimento relacionado a todo e a cada indivíduo, que inclui aspectos comportamentais, econômicos, políticos e culturais de determinado contexto (AYRES *et al.*, 2003; BRASIL, 2009).

Para tal, a RD tem-se mostrado uma estratégia que se propõe a refletir, elaborar ações e políticas públicas de forma ampliada. Por conseguinte, tornou-se uma oportunidade de resgate de cidadania, de oferta de saúde e de

acesso ao cuidado para a população de usuários de drogas. Tornou-se, pois, um possível modelo ético, clínico e político para a política pública brasileira de álcool e outras drogas (PASSOS; SOUZA, 2011).

As intervenções e as políticas de RD em geral são formuladas e direcionadas a atender a demandas do indivíduo ou da comunidade. Ou seja, não há um modelo-padrão visto que as estratégias de RD raramente são “*tamanho único*”. Adequadas à necessidade da realidade onde ocorre a ação, algumas experiências e estudos apontam as estratégias de RD como efetivas e de baixo custo (WODAK; COONEY, 2006; BRASIL, 2009; MARLATT; WITKIEWITZ, 2010).

Entre pesquisadores no campo da dependência química, G. Alan Marlatt (1996; 1999) apresenta a RD em cinco pressupostos centrais, princípios ou valores. Esse autor influenciou inúmeros pesquisadores que hoje estudam e defendem a RD. Foi o pioneiro na sua defesa como uma alternativa para “tolerância zero”. Reconheceu, desde o início, que a abstinência, como única forma de tratamento, muitas vezes impedia usuários de substâncias de procurar tratamento (MARLATT, 1996; MARLATT, 1999; DOUGLASS, 2011; WHITE *et al.*, 2011; BLUME, 2012; ROTGERS; FROMME; LARIMER, 2012).

Os princípios da RD estão enraizados, basicamente, nos ideais do pragmatismo, humanismo, objetivos imediatos e atingíveis, partindo do reconhecimento de que as drogas são prejudiciais, mas fazem parte da sociedade (MARLATT; WITKIEWITZ, 2010). Abordam de forma ampliada diversos tópicos ligados ao complexo contexto do tema drogas. É uma alternativa de saúde pública na atenção ao usuário de droga, sem excluir do processo a abstinência. A RD está centrada no sujeito e na sua proteção por meio do acesso ao cuidado, entre a dicotomia do pragmatismo empático *versus* idealismo moralista que compõe esta realidade. Nesta pesquisa, os cinco princípios propostos por Marlatt (1999) foram utilizados como base teórica para análise das publicações nacionais e internacionais que abordam a RD na área da Saúde Coletiva.

O contexto atual que envolve as drogas e seu uso abusivo enfrenta as fragilidades e, quiçá, a falência das estratégias proibicionistas e dos modelos de atenção pautados exclusivamente na abstinência. Urge, portanto, o surgimento de discussões e a implementação de políticas e ações que se fortaleçam e se efetivem pautadas nas necessidades reais da sociedade, não no interesse de poucos e nem fundamentadas em questões ideológicas.

Assim, consideramos o estudo da RD fundamental, tanto no sentido de conhecer as discussões, os debates e as práticas desenvolvidas, como de

reconhecer seus princípios nas diferentes experiências desta estratégia. O conhecimento sobre essa realidade pode contribuir na elaboração de políticas públicas e propostas efetivas de abordagem à droga e ao cuidado aos que têm problemas com o álcool e outras drogas.

Em tese, os princípios da RD propostos por Marlatt (1999) são apresentados nas publicações nacionais e internacionais dos periódicos de Saúde Coletiva, e podem colaborar na análise desta proposta no contexto atual.

Diante dessa tese, as questões que norteiam esta pesquisa são:

1. Como se caracterizam as publicações sobre a temática redução de danos na abordagem às drogas nos periódicos nacionais e internacionais na área da Saúde Coletiva?
2. Como os princípios da redução de danos, propostos por Marlatt (1999), se apresentam nas publicações nacionais e internacionais na área da Saúde Coletiva?

2. OBJETIVOS

- Identificar as características das publicações sobre a redução de danos na abordagem às drogas nos periódicos nacionais e internacionais na área da Saúde Coletiva.

- Analisar como os princípios da redução de danos, descritos na literatura por Marlatt (1999), se apresentam nas publicações nacionais e internacionais da área de Saúde Coletiva.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O propósito da fundamentação teórica é contextualizar o tema a ser estudado com base nas discussões realizadas sobre ele e suas interfaces. Cabe ao pesquisador selecionar entre estas diferentes nuances para construir e elaborar sua reflexão.

O objeto deste estudo é a RD como estratégia de intervenção e reflexão sobre as drogas na sociedade. O eixo teórico desta pesquisa passará pela relação da sociedade com as drogas, políticas públicas para, posteriormente, discutirmos a RD.

A RD será apresentada, inicialmente, de forma ampla e segundo o embasamento teórico abordado por diversos autores. A seguir, será apresentado o pensamento de G. Alan Marlatt e sua perspectiva para o tema, pois esse autor explora/introduz os princípios que norteiam esta pesquisa.

3.1 – CONTEXTUALIZANDO A RELAÇÃO DA SOCIEDADE COM AS DROGAS

Falar sobre drogas é, antes de tudo, compreender que o homem sofre a influência de múltiplos determinantes como aspectos sociológicos, etnológicos, econômicos, dentre outros. Da mesma forma, a relação com as drogas envolve as dimensões psíquicas, biológicas, sociais e culturais. Portanto, é necessário problematizar as contradições da contemporaneidade, incluir as alterações ocorridas na sociedade com o advento do capitalismo e seu fortalecimento a partir da década de 1980, e as rápidas mudanças tecnológicas que afetam as relações e que construíram novas subjetividades no tecido social, entrelaçando política, poder, educação, economia e afetos (BUCHER, 1996; FILHO; COELHO; ÁVILA, 2007; NUNES *et al.*, 2010).

3.1.1 – Drogas e o homem: uma história construída

Historicamente, são diversas as razões que levam o ser humano a buscar as drogas. Elas fazem parte da biografia humana de diferentes formas, assumindo variadas funções, que respondem também ao contexto cultural, mas, em geral, as formas estão ligadas à alteração de consciência, na tentativa de dominar a mortalidade, explorar as emoções, alterar o estado de espírito, ampliar os sentidos/percepções ou promover a interação em seu meio social,

no intuito de consertar, alterar e/ou anestesiá-la a realidade (NUNES *et al.*, 2010; BÜCHELE; CRUZ, 2011).

Procurou o homem, desde a mais remota antiguidade, encontrar um remédio que tivesse a propriedade de aliviar suas dores, serenar suas paixões, trazer-lhe alegria, livrá-lo de angústias, do medo ou que lhe desse o privilégio de prever o futuro, que lhe proporcionasse coragem, ânimo para enfrentar as tristezas e o vazio da vida (BÜCHELE; CRUZ, 2011, p.94).

Apenas de modo ilustrativo, mas tendo em conta as diferenças de época e local, na antiguidade, o vinho era considerado substância divina e é ainda hoje utilizado em rituais e cerimônias religiosas; a folha da coca era estimada como um rico presente “acima do ouro e da prata”; na Europa Oriental – os Citas - inebriavam-se com os vapores da maconha colocada em cima de pedras quentes na entrada de suas tendas (NUNES *et al.*, 2010).

A condição ontológica do homem é impregnada de vulnerabilidade, tendo como base a sua mortalidade e a liberdade, segundo a fenomenologia existencial. A certeza da morte, da finitude torna distinta a presença do homem no mundo, e a liberdade traz a possibilidade de escolha, que permite ao homem escapar do determinismo. É dessa condição que nascem a angústia e a culpa, base da fragilidade existencial humana. O uso de drogas pode acontecer como fuga e/ou alívio da precariedade do viver; mas também existem outras formas de enfrentar essa vulnerabilidade, como, por exemplo, encontrar outros meios para a satisfação, o prazer, sem a mediação química (SODELLI, 2010).

As razões que levam ao uso de droga podem ser diversas: curiosidade, busca da imortalidade, prazer, acesso à sabedoria, contato com o mundo espiritual ou desejo de transcendência, etc. A realidade é que o consumo de substâncias psicoativas existe em praticamente todas as culturas conhecidas, e é incentivado pelas relações sociais. Seria hipocrisia pensar em uma sociedade totalmente sem drogas (MESQUITA; SEIBEL, 2000; DÉA *et al.*, 2004; NUNES *et al.*, 2010).

A carreira do *dependente de drogas* ilustra isso abundantemente. No início, recorrer a drogas significa, com frequência, a expressão de um protesto surdo contra o patrulhamento exercido por parte da sociedade organizada, contra padronização oculta das condutas apresentadas como ideais, necessárias ou

indispensáveis para poder participar das suas benfeitorias – mas que o jovem rejeita, à procura de ideais alternativos que mais se coadunam com suas aspirações a mudanças (BUCHER, 1996. p.54).

Situações desfavoráveis, como condições adversas da vida, problemas familiares, questões de personalidade, capacidade adaptativa, tolerância às limitações existenciais podem conduzir a um caminho sem volta nesse “protesto”. Evidencia-se o encontro de três fatores que influenciam a dependência – produto, personalidade e momento sociocultural – com consequências imprevisíveis que podem levar à dependência química (BUCHER, 1996; MESQUITA; SEIBEL, 2000).

Mesquita e Seibel (2000), em um estudo realizado na região metropolitana da Baixada Santista, em 1999, de abordagem quali-quantitativa², apresentam algumas considerações sobre as drogas e as razões para o seu uso. Entre os resultados da pesquisa qualitativa são apresentadas as percepções sobre o que é um usuário de droga, do ponto de vista do interlocutor. De um lado, para os usuários, aparece uma distinta percepção entre os que apenas usam drogas e os que são dependentes. De outro lado, sob a ótica dos que não usam drogas, todos os que fazem uso de algum tipo de substância são rotulados como dependentes químicos. O ressentimento aparece entre os usuários de drogas pela discriminação relativa ao seu grupo na sociedade. Trata-se, contudo, de uma condição controversa, pois parece existir entre os usuários uma repetição do padrão social: entre eles há uma distinção em relação a quem faz uso injetável de drogas e/ou fumam *crack* para os que cheiram cocaína e/ou fumam maconha.

A contradição da relação da sociedade com a droga está na proporção em que ela aceita e incentiva o uso, mas também condena o descontrole. A influência do contexto social e econômico vai além da ordem privada; interfere nas relações comerciais e na evolução ou mudança do tipo de droga ofertado no mercado (UNODC, 2012).

² Estudo realizado utilizando a Metodologia do Diagnóstico Rápido e Pronto Resposta (RAR), acordado dentro do II Estudo Multicêntrico da OMS. Para o estudo multicêntrico utilizaram três abordagens metodológicas: levantamento dos dados existentes (abordagem epidemiológica descritiva), entrevista em profundidade e grupos focais (abordagem etnográfica nas abordagens qualitativas), com UDIs, ex-UDIs, pessoas da área da saúde, jurídica/policial e comunidade.

Enquanto produto, a cada geração, as drogas evoluem e são utilizadas com diferentes propósitos (BUCHER, 1996), conforme é possível observar nos exemplos apresentados a seguir em diferentes contextos espaciais, temporais e teóricos sobre as drogas.

A expansão do Império Britânico, no século XVIII, resultou na produção de ópio e na sua subsequente exportação para a China (UNODC, 2012). Segundo Nunes *et al.* (2010), na modernidade, o ópio e a morfina foram utilizados na guerra civil americana; o álcool aumentou a produtividade e o contentamento dos empregados; a cocaína e a heroína eram associadas ao glamour, relacionado à “loucura” das substâncias psicoativas anunciadas em jornais; a maconha e o LSD tiveram seu auge na década de 1960, nos movimentos de contracultura, marco de um estilo de vida não padronizado, opondo-se às pressões e às regras vindas das famílias, escolas, igrejas, autoridades, para se adequar ao modelo urbano da sociedade industrial. Na década de 1970 (NUNES *et al.*, 2010; UNODC, 2012), a droga ilícita, como a heroína, ganhou impulso no mercado negro das drogas, como movimento de oposição à guerra do Vietnã. O movimento de protesto desapareceu depois da guerra, em 1975, mas o consumo de drogas ilícitas se manteve e cresceu.

O uso de drogas insere-se em vários contextos, desde o místico até o econômico, do qual a Guerra do Ópio, o narcotráfico e a economia paralela de alguns países são alguns exemplos. A definição de droga lícita ou ilícita e a aceitação do uso são determinadas por cada cultura. Essa decisão está mais vinculada a aspectos antropológicos e econômicos do que a morais ou éticos, ou mesmo aos efeitos ou características farmacológicas das substâncias em questão (DÉA *et al.*, 2004; GARCIA; LEAL; ABREU, 2008; PASSOS; SOUZA, 2011).

Um bom exemplo é o tabagismo. Antes vinculado a uma série de rituais e associações com a virilidade, a liberdade e a personalidade, no século 21 enfrenta um contexto social antitabaco. A sociedade mudou sua relação com o cigarro; o que antes tinha uma conotação positiva, agora sofre um movimento de restrição e exclusão dos usuários (SPINK, 2010).

Para além dos múltiplos determinantes que envolvem a relação do homem com a droga, o seu uso modifica o estado de consciência do usuário, interfere no funcionamento dos neurotransmissores e provoca alterações no comportamento. Seus efeitos, por exemplo, podem ir desde uma estimulação suave causada por uma xícara de café ou chá até os efeitos mais fortes produzidos por alucinógenos (DÉA *et al.*, 2004). Apesar da variação dos efeitos das drogas no organismo, há uma tendência de se avaliar a droga

apenas em função dos resultados e das consequências negativas do uso, principalmente para a saúde, descontextualizada das razões e motivações para o uso (MESQUITA; SEIBEL, 2000).

Assim, a problematização deste tema possibilita a reflexão de como a sociedade em suas diversas dimensões influencia tanto a droga quanto o homem ao longo do tempo. Logo, a evolução traz mudanças como, por exemplo, o capitalismo e o desenvolvimento tecnológico que sugeriram novas subjetividades.

3.1.2 –Uso, abuso e medicalização: influências do capitalismo

O uso e o abuso de vários tipos de drogas passaram a ser problematizados com a aceleração dos processos de urbanização, industrialização e com a implantação de uma nova ordem médica, no final do século XIX. O foco muda da esfera religiosa para o da biomedicina, inicialmente, nos grandes centros urbanos dos países mais desenvolvidos do Ocidente (BÜCHELE; CRUZ, 2011).

O grau de consumo de drogas é indicador, na sociedade industrializada, do bem-estar social, do equilíbrio das interações e da satisfação dos cidadãos e seus anseios existenciais, bem como da saúde da população. Porém, essa avaliação não é isolada; ou seja, não deve ser feita considerando apenas a realidade do consumo de substâncias (BUCHER, 1996).

A relação do homem com a droga sofre influência dos padrões instituídos pelo capitalismo, com sua cultura de consumo desenfreado e inconsequente como possibilidade de existência. Ou seja, os modos de subjetivação da sociedade que tem como base o capital tornam-se produtos das relações que se mercantilizam, do consumo, do imediatismo e do individualismo. A sociedade é permeada pelas regras explicitadas na mídia, que homogeneiza e controla tais regras, em nome da liberdade, numa massificação dos sujeitos associando o produto (entre eles a droga) a um ideário de felicidade e sucesso (NUNES *et al.*, 2010).

Na década de 1970, começou a ser denunciada a medicalização da vida, que trouxe à tona uma nova cultura das drogas, invadindo as sociedades industrializadas. O uso da medicação como um advento deste contexto entra como estratégia de superação das frustrações criadas pelo sistema de superprodução; uma resposta de consumo frente ao consumismo, praticamente exigido como padrão social (BUCHER, 1996).

A produção do consumo estimulada pelos meios de comunicação social coloca os produtos como referência a um “estilo de vida”, “sensação de bem-estar”, “identidades pré-fabricadas” e gera a sustentação econômica da sociedade de consumo na busca por esses produtos intangíveis (PASSOS; SOUZA, 2011). A droga torna-se uma ferramenta na construção da subjetividade consumista, pois permite o acesso rápido, prático e de qualquer lugar a essa referência social de ser e estar.

Associado a isso, o desenvolvimento tecnológico possibilita o acesso a informações, comunicação com o mundo todo, gera a ilusão imediatista de que tudo é rápido e fácil. Portanto, a lógica capitalista criou seres com dificuldades em lidar com as frustrações, pois o consumismo preenche os espaços sem a reflexão do vazio. Essa realidade favorece a busca pela droga que pode levar a compulsões, comportamentos repetitivos que geram prazer e tornam-se meios de anestesiar os conflitos (NUNES *et al.*, 2010).

Apesar do olhar negativo sobre a droga, ela atinge democraticamente toda a sociedade, independentemente de classe social, faixa etária ou gênero. A diferença na classe social se relaciona às condições financeiras, pois quem tem melhores condições talvez tenha mais recursos e facilidades para comprar a droga; a dificuldade pode levar ao envolvimento com a criminalidade para comprá-la (MESQUITA; SEIBEL, 2000).

A mídia tem um papel importante nesta percepção da sociedade sobre as drogas. As informações veiculadas insistentemente, em geral, destoam da realidade do consumo de drogas. Da perspectiva da saúde pública, destacam-se principalmente as matérias sobre drogas ilegais e olvidam-se notícias do impacto social e econômico do uso das drogas legalizadas (BUCHER, 1996; DUAİLİBİ; LARANJEIRA, 2007).

Consequentemente, a droga torna-se um “bode expiatório” da sociedade, e é abordada mais ideologicamente do que cientificamente e, em geral, sua análise é superficial. Não se consideram fatores como: a falta de acesso à segurança, à educação, a adequadas condições de vida, à oportunidade de emprego, ao saneamento, bem como a estrutura emocional do usuário, além de questões como as fragilidades sociais que podem levar ao envolvimento com a droga. Essa visão reducionista está impregnada da perspectiva “antidrogas”, um grave equívoco e inépcia quase total nas intervenções propostas para resolver o problema (BUCHER, 1996; MESQUITA; SEIBEL, 2000).

Não há meios de avaliar o impacto real do consumo de substâncias na sociedade sem a inclusão e a reflexão dos aspectos antropológicos para entender o alcance das drogas como problemática humana (BUCHER, 1996).

É comum ver-se usuários dando respostas prontas e esperadas, dizendo que a droga é ruim, mesmo quando relatam ter experiências positivas com ela. A discriminação sentida pelos usuários os afasta dos seus direitos enquanto cidadãos, e os leva a aceitar o papel de excluídos, além de indicar a sua escolha pelo uso como única responsável pelos problemas a que estão submetidos. Trata-se da culpabilização do sujeito (MESQUITA, SEIBEL, 2000).

Os usuários de drogas aceitam esse papel, pois é o que lhes cabe nesta configuração social, sem perceber que podem e devem ter direitos e reivindicar o mesmo que qualquer cidadão. A Saúde Coletiva hoje busca outras formas de resgatar estes sujeitos, mas é importante lembrar que todos estão subjetivados nessas nuances e significados culturais/sociais das drogas. O desafio de superar esse olhar viciado aos excluídos é de todos integrantes da rede social (ROOS, 2011).

Portanto, a RD associada à Saúde Coletiva, pode ser uma excelente estratégia para refletir sobre as drogas na sociedade, visto que é uma proposta que questiona consensos, reconhece as diferentes formas de relação, permite a troca de saberes e diálogo e insere o usuário como sujeito ativo nessa discussão. Oportuniza a construção de ações pautadas na realidade, investimentos flexíveis, e busca a responsabilidade no todo, não apenas no usuário (ROOS, 2011).

Os avanços tecnológicos associados ao capitalismo influenciam as relações na sociedade, onde a droga entra como uma mercadoria de consumo de fácil acesso, que vende a ilusão de homogeneidade. Seja lícito ou ilícito, o impacto social é sentido em diferentes âmbitos, que afetam tanto o público quanto o privado.

3.1.3– Impacto da droga na sociedade

O consumo de droga é uma realidade na sociedade mundial, mas, além do debate teórico, é importante compreender seu impacto no panorama nacional e internacional. Compreender uso, abuso e dependência e seus determinantes sociais possibilita tanto a produção de evidências científicas quanto intervenções assertivas de prevenção, recuperação e tratamento.

Esse panorama sofre influências e crenças que estão a serviço de diversos interesses, nem sempre conciliatórios. Um grande mito social é que a droga está no submundo, com o ilícito, com o tráfico. Todavia, existem drogas lícitas que estão naturalizadas no cotidiano, com impacto social negativo. Essa percepção muitas vezes é forjada por informações que

separam as drogas lícitas das ilícitas, e associam aspectos negativos, como a violência e o tráfico, às últimas, e propagandas de estímulo ao consumo das primeiras (NOTO *et al.*, 2003; CARLINI, 2011).

No Brasil, somente a partir de 2003 houve um investimento do Estado em pesquisas para diagnosticar essa realidade. Os primeiros estudos epidemiológicos, realizados no fim da década de 1980, mostraram que o consumo de substâncias ilícitas era relativamente pequeno e estável, diferente do que alardeava a mídia na época. A situação mudou na década seguinte, com aumento do uso da maconha e da cocaína, mas, ainda, como algo que demandava atenção, não alarme (NOTO *et al.*, 2003; DUARTE; DELGADO, 2010).

O Relatório Brasileiro sobre Drogas (BRASIL, 2009) apresenta o álcool e o tabaco como as drogas mais consumidas no Brasil, tendo respectivamente uma prevalência de dependência de 12% do álcool da população com mais de 12 anos de idade e 10% do tabaco. A cocaína foi utilizada pelo menos uma vez na vida por 2,9% de pessoas entre 12 e 65 anos. Este relatório é resultado de um compilado de levantamentos nacionais já consolidados, entre os anos de 2001 a 2007; seu objetivo é apresentar o panorama nacional sobre a situação do consumo de drogas e suas consequências, bem como possibilitar o planejamento de ações direcionadas a reduzir a oferta destas no País.

O relatório destaca que a mortalidade por drogas aumentou no período estudado. O álcool é responsável por 90% das mortes relacionadas ao uso de substâncias psicoativas. Essa taxa é a maior se a compararmos com a realidade de países desenvolvidos ou semelhantes ao Brasil. A faixa etária com cerca de 30% das mortes relacionadas ao uso de drogas é de 40 a 49 anos, seguidas respectivamente das faixas de 50 a 59 anos e de 30 a 39 anos. Em termos de gênero, homens (87%) morrem mais em decorrência do uso de drogas do que as mulheres. Destaca-se o impacto do consumo do álcool, visto que o padrão de consumo em geral é longo e os efeitos danosos demoram a aparecer. Outro aspecto é que, por ser uma droga lícita, torna-se mais difícil a percepção dos seus danos (BRASIL, 2009).

O I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras (BRASIL, 2010) apresenta o resultado do estudo com universitários regularmente matriculados no ano letivo de 2009, em cursos de graduação presencial, de Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e privadas de 27 capitais brasileiras, das cinco regiões administrativas do País.

Corroborando com o relatório de 2009, os resultados mostram que o álcool é a droga mais consumida, na vida, entre os universitários. O consumo de alguma substância psicoativa, exceto álcool e tabaco, foi relatado por 48,7% dos universitários. A tabela 1 abaixo apresenta o resultado da prevalência de *uso na vida*³ de substâncias psicoativas por faixa etária no período dos últimos 12 meses (BRASIL, 2010).

Tabela 1: Prevalência de uso na vida de substâncias psicoativas, conforme a faixa etária dos universitários.

Substância Psicotrópica/ Faixa etária	Uso na vida (%)				
	Total	Até 18 anos	De 18-24 anos	De 25-34 anos	Acima de 35 anos
Álcool	86,2	79,2	89,3	82,4	83,3
Produtos de Tabaco	46,7	26,7	45,5	47,4	54,6
Uso de Drogas Ilícitas	48,7	22,8	45,7	51,9	59,8
Maconha/ Haxixe/ Skank	26,1	5,9	26,9	29	21,1
Inalantes e Solventes	20,4	5,6	21,6	20,5	17,5
Cocaína (Pó)	7,7	0,7	5,3	10,5	13,9
Merla	0,8	0	0,4	1,8	0,5
Crack	1,2	0	0,3	2,9	2,4
Alucinógenos	7,6	2,7	7,9	9,6	3,6
Cetamina®	0,8	0,6	1	0,5	0,4
Chá de Ayahuasca	1,4	0,1	0,9	2,7	1,5
Ecstasy	7,5	0,9	7,5	11,2	1,8
Esteróides Anabolizantes	3,8	5,3	1,9	7,2	5,4
Tranquilizantes e Ansiolíticos	12,4	4,5	8,9	14,9	23,9
Sedativos ou Barbitúricos	1,7	0,5	1,1	1,1	5,5
Analgésicos Opiáceos	5,5	1,2	4,6	6,4	8,5
Xaropes à Base de Codeína	2,7	1,3	2,3	3,9	2,6
Anticolinérgicos	1,2	0,1	0,8	1,6	2,2
Heroína	0,2	1,3	0,1	0,5	0
Anfetamínicos	13,8	5,9	10	17,9	23,6
Drogas Sintéticas	2,2	0	2,1	3,3	0,9

Fonte: Tabela 2.3 do I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras (BRASIL, 2010).

Em termos de gênero, as universitárias tendem a consumir mais anfetamínicos, tranquilizantes e analgésicos opiáceos; os homens usam mais maconha, inalantes, cloridrato de cocaína, alucinógenos, ecstasy e esteroides anabolizantes (BRASIL, 2010).

O levantamento apresenta uma realidade preocupante que demanda uma ação imediata de prevenção, visto que entre seus resultados apresentou

³Uso experimental, ou seja, “pelo menos uma vez na vida” (BRASIL, 2010).

que 86% dos universitários já fizeram uso na vida de álcool, 47% de produtos de tabaco e 49% de alguma substância ilícita. O risco de desenvolver a dependência ao álcool é de 22%, ao tabaco e derivados de 21% e da maconha 8% dos estudantes. O *binge drink*⁴ também é frequente, visto que 36% dos discentes relataram que beberam em *binge* nos últimos 12 meses e 25% destes nos últimos 30 dias. Além disso, 18% dirigiram sob o efeito de álcool e 27% pegaram carona com motorista alcoolizado. O uso múltiplo e simultâneo de drogas na vida, também foi relatado por 43% dos universitários (BRASIL, 2010).

Comportamentos de risco como falta de hábito no uso de métodos contraceptivos foi relatado por 8% desta população; 3% forçaram ou foram forçados à prática do intercurso sexual, 8% realizaram o aborto ou solicitaram que a parceira fizesse, e 41% fizeram o teste para detecção do vírus HIV (BRASIL, 2010).

Nos grupos populacionais de maior vulnerabilidade, as taxas de prevalência de HIV encontradas em 2008/2009 foram de 5,9% entre usuários de drogas, 10,5% entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo; entre usuários de *crack*, a prevalência do HIV foi de 5% em 2013 (BRASIL, 2014).

O uso de Droga Injetável (DI), por ter uma condição ilícita, expõe o usuário a situações de violência direta ou indiretamente relacionadas ao uso da droga, além do risco de doenças como embolias e endocardite bacteriana, da transmissão do HIV/AIDS, hepatites B e C e outras doenças potencialmente fatais (BRASIL, 2009). No Brasil, apesar de não ser produtor, a cocaína é a droga mais utilizada nesta modalidade de consumo, possivelmente uma consequência da mudança da rota desta droga para território nacional após as fronteiras fechadas nos países produtores, como estratégia do movimento da Guerra as Drogas capitaneado pelos EUA (MESQUITA; BASTOS, 1994; NIEL; SILVEIRA, 2008).

As informações nacionais sobre o uso de DI estão principalmente vinculadas ao HIV/AIDS. O número de notificações de HIV/AIDS entre UDIs maiores de 13 anos caiu de 28% do total no período de 1980-2001 para 18,2% no período de 1980-2014 para o sexo masculino, e respectivamente para o sexo feminino de 11,9% para 6,7% (BRASIL, 2014). Destacam-se a importância das estratégias de RD nestes resultados, visto que a proporção

⁴Ingestão de cinco ou mais doses de álcool em uma única ocasião.

de UDIs nas notificações do HIV/AIDS vem diminuindo ao longo dos anos em todo o Brasil (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014).

No panorama mundial o uso de drogas ilícitas parece ter estabilizado, embora continue a aumentar nos países em desenvolvimento. Estima-se que 5% da população adulta do mundo, entre 15 e 64 anos de idade, fizeram uso de drogas ilícitas pelo menos uma vez em 2010/2012, e que os consumidores problemáticos chegam a 27 milhões, ou 0,6% da população adulta mundial (UNODC, 2012; 2014).

A mortalidade por uso de drogas, segundo Relatório Mundial sobre Drogas 2014 (UNODC, 2014), causa danos sociais, econômicos e afetivos. E em 2012, foram 183 mil mortes relacionadas com as drogas, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 40,0 (intervalo de variação: 20,8 para 49,3) mortes por milhão na população entre 15 e 64 anos. Apesar dessa taxa ser menor que a encontrada em 2011, tal redução pode ser atribuída ao menor número de mortes mencionadas por alguns países da Ásia.

Estima-se que cerca de 162 a 324 milhões de pessoas utilizaram pelo menos uma vez alguma droga em 2012, algo em torno de 3,5% a 7,0% da população entre 15 e 64 anos, especialmente as ilícitas: maconha, opiáceos, cocaína e estimulantes do tipo anfetamina (UNODC, 2014).

O consumo de maconha tem aumentado especialmente na América, Oceania e Europa, e parece haver uma crença entre a população em geral de que o uso desta droga é menos prejudicial. Opioides continuam sendo a droga ilícita mais consumida na Ásia e na Europa, enquanto na América é a cocaína (UNODC, 2014).

Com relação ao uso de DI, segundo informações conjuntas do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), o Banco Mundial e a OMS, estima-se haver 12,7 milhões de UDIs na população entre 15 e 64 anos. O leste e o sudeste Europeu têm uma taxa de uso de droga injetável 4,6 vezes maior do que a média mundial. Frente ao risco de danos dos UDIs ao HIV e à hepatite C, estima-se que a média de pessoas que vivem com HIV está em torno de 13,1% no mundo, e as maiores prevalências estão na Ásia (Ocidental e Oriental) e no Sudeste da Europa, com taxas de 28,8% e 23,0%, respectivamente. A população mais vulnerável é a população privada de liberdade no sistema prisional, visto que o uso de drogas, principalmente de injeção é comum entre os internos prisionais; no entanto, os serviços de saúde são escassos e dificilmente esses UDIs recebem tratamento e cuidados e/ou medidas de prevenção (UNODC, 2014).

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas de 2014, a RD é uma resposta eficaz direcionada aos UDIs no intuito de prevenção do HIV e da Hepatite C. Entre as estratégias mais importantes estão: troca de seringas e agulha, a terapia de substituição de opioide, teste de HIV, aconselhamento e terapia antirretroviral (UNODC, 2014).

O consumo problemático de drogas para usuários regulares e pessoas que sofrem abuso ou dependência de distúrbio mantém-se estável nos últimos anos, mas os serviços continuam deficientes, visto que, apenas um consumidor em cada seis teve acesso ao tratamento a cada ano (UNODC, 2014).

A breve contextualização da relação da sociedade com as drogas objetivou a reflexão de diversos aspectos que podem influenciar direta ou indiretamente no debate e na implementação de práticas da RD. Entre estes, as políticas públicas em certa medida refletem o posicionamento de determinada coletividade diante da droga.

3.2 – POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Conhecer as políticas públicas sobre drogas é base para compreender a RD no Brasil e no mundo, visto que são elas que orientam condutas e práticas de enfrentamento aos desafios trazidos pela droga.

Serão abordados três tópicos. O primeiro contextualiza a evolução das políticas públicas sobre drogas, associada ao contexto social, e os possíveis interesses vinculados a essas políticas. O segundo aborda, de forma breve, a interface das políticas públicas com os modelos de atenção à saúde. O terceiro apresenta a trajetória das políticas sobre drogas no Brasil.

3.2.1 – Contextualizando a evolução das políticas públicas sobre drogas

Pensar na discussão das políticas públicas de forma isolada seria erro grave, tendo em vista que elas têm por objetivo elaborar normas e determinações gerais de uma sociedade. O debate deve levar em conta o contexto cultural, experiências subjetivas, num esforço de generalização diante da impossibilidade de normatizar o humano. O fenômeno das drogas é um campo polêmico e complexo, o desafio das políticas públicas é encontrar o equilíbrio entre a generalização, a normatização e a escuta sensível das peculiaridades das experiências subjetivas (DUARTE; DELGADO, 2010).

As políticas relacionadas às drogas geralmente provocam opiniões contraditórias, mas é inegável a tendência atual para ações educativas e de prevenção, bem como para as políticas de RD, tanto no Brasil quanto no mundo (MESQUITA; SEIBEL, 2000).

No âmbito oficial da política internacional, a RD é tolerada, desde que submetida à política hegemônica de guerra às drogas, direcionada aos dependentes de drogas, utilizada como estratégia de chegar aos usuários que não aceitam os tratamentos voltados para a abstinência, denominados por alguns autores de prevenção secundária ou terciária (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010; SANTOS SOARES; CAMPOS, 2012).

Os EUA mantiveram a proibição sobre o financiamento federal para apoiar programas de troca de seringas de 1988 até 2009, quando, então, a Câmara dos Deputados votou a favor. Na ocasião, a presidente da Câmara, *Nancy Pelosi* (LOGAN; MARLATT, 2010; MARLATT; WITKIEWITZ, 2010), afirmou:

Som da ciência é um elemento essencial de uma boa política de saúde pública e o apoio científico para a troca de seringas não poderia ser mais claro. Estas iniciativas são uma intervenção eficaz de saúde pública que reduz o número de novas infecções pelo HIV, sem aumentar o uso de drogas ilícitas (MARLATT; WITKIEWITZ, 2010, p. 596).

Em 1998, o Conjunto das Nações Unidas (UN) em Assembleia Geral adotou a política de combate às drogas com foco na produção, no tráfico e no abuso de estimulantes do tipo anfetamina e seus precursores, no controle destes, nas medidas judiciais para promover cooperação, no combate à lavagem de dinheiro, e em um plano de ação internacional de cooperação na erradicação da droga ilícita. A estratégia falhou e, em muitas áreas do mundo, a produção, o uso e o tráfico de drogas, bem como o uso de DIs relacionadas à transmissão do HIV, aumentaram acentuadamente (MARLATT; WITKIEWITZ, 2010).

A amplitude transnacional do problema gerado pelo tráfico de drogas confere a esse contexto um caráter difuso, e identifica as drogas como algo diabólico e, com a justificativa de proteção, intensifica o controle. A guerra às drogas é uma estratégia para a ampliação e o fortalecimento da economia neoliberal a partir do exercício do poder e da violência. Isso é possível, pois a lógica dessa guerra se associa à lógica de consumo e elas se fortalecem mutuamente (PASSOS; SOUZA, 2011).

Portanto o projeto econômico neoliberal fortalece o crime organizado e o mercado paralelo. Diante da desigualdade social, o tráfico é uma alternativa de geração de renda para jovens em situação de vulnerabilidade, associada à necessidade de sustento e de ajudar suas famílias, com disponibilidade de dinheiro rápido. Como consequência, surgem situações de sofrimento a todos os envolvidos. Pensar em alternativas de enfrentamento à questão das relações que a sociedade tem hoje com as drogas demanda um enfoque interinstitucional e intersetorial, que problematize e enfrente a sua complexidade, desde a questão do tráfico, do cuidado e da promoção da vida. São ações essencialmente políticas, que extrapolam para novas estratégias pela qualidade e direito à vida (NUNES *et al.*, 2010).

A droga está disponível em toda parte, vem dos locais vizinhos, de outros estados, ou fronteiras. Considerando os lucros vultosos, os grandes fornecedores, em geral, são da alta escala do poder: políticos, policiais e grandes empresários; estes constataram ser mais lucrativo colaborar com essa indústria e comércio do que reprimi-los (MESQUITA; BASTOS, 1994). Os traficantes estão inseridos na comunidade, são bem relacionados e muitas vezes não usam as drogas (MESQUITA; SEIBEL, 2000).

Para a manutenção dessa estrutura há necessidade de parcerias com o Estado que vai alimentar a transição do ilegal-legal em uma das etapas desse processo: produção, distribuição e lavagem de dinheiro. Esta é uma realidade nos países latino-americanos, que se escondem atrás de explicações preconceituosas, etnocêntricas e ideologizadas (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Bucher (1996) destaca que a análise crítica das produções e do consumo de drogas inseridas nas instâncias de poder pode revelar tendências, esforços e manipulações que objetivam proteger determinados interesses econômicos e políticas vigentes. Numa visão macroeconômica, o consumo de droga, lícita ou ilícita, tem lugar de destaque na comunidade e se insere nesta com participações lucrativas como tantos outros ramos de produção e distribuição.

No intuito de deslocar o foco do alto escalão, as estratégias policiais e militares se direcionam para a produção das drogas, e com isso assumem a função de controle das camadas pobres, geograficamente localizadas. Direcionam assim o problema para as favelas e para os países periféricos, esquecendo que é um mercado que se movimenta dentro da lógica de consumo, que é acionada pelos países do primeiro mundo (PASSOS; SOUZA, 2011).

Portanto, o maior foco das políticas repressivas está direcionado às drogas ilícitas, que podem representar uma ameaça às estruturas democráticas, pois seu enfrentamento ultrapassa as fronteiras dos países. A ilegalidade amplia a rede de atividades criminosas, e o narcotráfico movimentava um conjunto de interesses velado, que inclui a indústria bélica, exploração camponesa, mercado financeiro, as indústrias: farmacêutica, de bebidas alcoólicas e de tabaco (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Por outro lado, a legalidade da droga constrói uma relação diferente com a sociedade, mas também traz prejuízos. O álcool, sendo uma droga lícita, gera empregos e lucros. Porém, em contrapartida, traz um custo social superior ao montante arrecadado com impostos da sua produção e comercialização. Associado a mais de sessenta tipos de doenças, comportamentos agressivos e de risco, perturbações familiares, acidentes de trabalho, etc., o impacto do consumo do álcool invade a vida privada da sociedade com aceitação total desta, com consequências profundas de ordem individual e coletiva. Neste contexto da legalidade, as políticas públicas do álcool, por exemplo, são aquelas que se referem à sua relação entre segurança, saúde e bem-estar social. Estas têm o intuito de minimizar, prevenir problemas de drogas, no entanto estão à mercê de valores de mercado e conceitos sociais que trabalham a favor das indústrias num ciclo que se retroalimenta, permeado por diversos interesses políticos e econômicos (DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007).

Na realidade contemporânea, o consumo de álcool – desde a oferta até a acessibilidade facilitada – é banalizado, aceito e incentivado socialmente, o que induz à tolerância em relação às transgressões sociais (LARANJO; SOARES, 2006).

A disponibilidade social da droga lícita é o maior desafio, pois se refere às relações sociais e familiares, onde muitas vezes o uso precoce é incentivado. Além disso, o acesso facilitado tem forte influência no consumo de substâncias, e pode ser de ordem econômica, de varejo e social. Estudos mostram como o aumento de preço do álcool está diretamente relacionado à diminuição da violência. Dificultar o acesso, regulamentando no mercado a venda, influencia no consumo da droga (DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007; DUARTE; DELGADO, 2010).

Podemos perceber que o uso de drogas está vinculado à sociedade e ao complexo sistema de produção, comércio e consumo, além de estar diretamente relacionado ao sistema produtivo e econômico, não só na perspectiva individual. A droga é uma mercadoria potencializada pelas

indústrias lícitas e ilícitas, atendendo a necessidade do capital (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2012).

Assim, a estratégia de “combate às drogas” no panorama mundial se mostrou ineficaz com seus clássicos mecanismos de repressão judicial e policial, pois aborda apenas um aspecto deste complexo contexto. É premente buscar alternativas à proibição cega por um pragmatismo lúcido na direção da prevenção. A repressão é necessária no combate ao crime organizado, mas quando a abordagem é direcionada ao usuário, ela é contraproducente, pois é direcionada principalmente para as drogas ilícitas e não ao conjunto das substâncias psicoativas (BUCHER, 1996).

A formulação e a implementação das políticas sobre drogas oscilam entre interesses, valores e ideologias conflitantes e também entre o combate ou o enfrentamento das drogas, vinculados a interesses de poucos ou às necessidades da sociedade relacionadas ao tema drogas. Esse debate é amplo e apresenta perspectivas diferentes na arena política os quais abrem discussões aos enfrentamentos que levam aos avanços. É fundamental que se pesquise políticas que articulem propostas de prevenção que respeitem os direitos humanos, sejam permanentes e realistas, onde o maior interesse seja a atenção aos usuários de drogas reduzindo os danos à sua saúde e à sociedade. Que novas políticas ampliem a integralidade dos diferentes setores da sociedade de forma a proporcionar alternativas de vida aos usuários, para evitar deixá-los à mercê da marginalidade do tráfico (GARCIA, LEAL; ABREU, 2008).

As políticas públicas não são isoladas e sofrem influências sociais, culturais, econômicas, associadas a diversos interesses vinculados a elas. Elas compreendem um conjunto de intervenções e ações do Estado direcionadas a promover o bem-estar da sociedade. Assim, as políticas públicas direcionadas às drogas não só influenciam, mas também orientam os modelos de atenção à saúde.

3.2.2 – Políticas públicas e modelos de atenção à saúde

A história demonstra que o cuidado ofertado àqueles que têm problemas com álcool e outras drogas são direcionados à abstinência e à internação. O modelo da abstinência tem-se sustentado com a articulação entre justiça, psiquiatria e moral religiosa, que tem força no direcionamento das políticas públicas (PASSOS; SOUZA, 2011; ROOS, 2011).

A abstinência tornou-se um paradigma, como única alternativa de sucesso no tratamento para usuários de drogas. Associado a isso, há os

saberes médico-psiquiátricos e jurídico-policiais, os quais, sob suas respectivas lógicas, estão centrados na internação (isolamento e segregação) na criminalização e na infração e, em muitos contextos, estão permeados pela cultura judaico-cristã, que associa o prazer ao pecado. Assim, historicamente, o tratamento em geral ocorria em instituições religiosas e clínicas privadas, que são caras e, muitas vezes, inacessíveis aos usuários (MESQUITA; SEIBEL, 2000; NUNES *et al.*, 2010; PASSOS; SOUZA, 2011).

Ao priorizar o atendimento ambulatorial, o desejo era ou é de reduzir o estigma da condição de doente e incapaz, associado aos dependentes químicos. O paradigma da abstinência entra como força contrária à proposta da RD, visto que são ameaçadoras ao seu poder (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008; PASSOS; SOUZA, 2011).

Os modelos de prevenção ao uso nocivo de drogas fundamentados no proibicionismo, na sua maioria, são avaliados como ineficazes e irrealistas. Os debates se ampliaram com a abordagem da RD, na década de 1980, e suas propostas de prevenção. A preconização da abstinência como base é um forte fator de fracasso nas intervenções relacionadas às drogas. A abordagem proibicionista tem poucas chances de dar certo, pois ela vai contra o modo singular de ser do homem (TOUMBOUROU *et al.*, 2007; SODELLI, 2010).

O problema com o uso da droga, entre outros, são os danos à saúde e a possível dependência, questões que têm justificado a abordagem proibicionista. Porém, muitos outros fatores podem prejudicar a saúde e sua prática não é proibida. Assim, a relação do homem com a droga está vinculada a sua relação de ser no mundo, e a dependência que iniciou com a experimentação e foi motivada pelo prazer estabelece uma relação particular com cada sujeito. As condições e vivências do homem no mundo são mutantes. Neste sentido, a dependência não é imutável e tem a ver com a escolha de cada um (SODELLI, 2010). Então por que ações direcionadas a esta questão deveriam ter a proposta única da abstinência?

Cruz (2006) destaca que algumas das razões para resistência à proposta da RD podem estar vinculadas a percepções institucionais e profissionais de uma sociedade idealmente livre das drogas. Nesse contexto moral e/ou biológico, a disponibilidade à proposta da RD é reduzida, para não dizer incongruente e sem sentido.

A problematização das drogas e suas relações com o seu uso na atualidade devem estar fundamentadas na construção histórica e sociocultural da sociedade. Esta pode ser uma estratégia para mudança de paradigma e uma chance de políticas públicas diferentes que possam criar

novas formas de cuidados com as pessoas que usam drogas (NUNES *et al.*, 2010).

Preocupada com a questão do cuidado dos usuários de drogas, no ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) em conjunto com a OMS e outras agências internacionais chegam a um consenso sobre a composição de abordagens eficazes na prevenção da transmissão do HIV entre usuários de drogas. Entre as atividades a serem implementadas, de forma urgente e em grande escala, estavam: (a) tratamento do abuso às drogas, em particular o tratamento de substituição de drogas, tais como a manutenção com metadona, comunidades terapêuticas, e os programas livres de drogas em regime ambulatorial; (b) acesso dos usuários ativos aos serviços para reduzir os seus comportamentos de risco; (c) programas de troca de agulhas e seringas, os quais têm mostrado redução dos comportamentos de risco de agulha e transmissão do HIV, sem nenhuma evidência de aumento do uso de drogas injetáveis ou outros perigos para a saúde pública nas comunidades atendidas. Estas estratégias são exemplos de ações de RD, visto que oportunizam o contato com os UDIs e prestadores de serviços, incluindo os programas de tratamento sem a exigência da abstinência. A proposta pretende uma abordagem ampliada que, além de troca de seringas, inclui a educação, o aconselhamento e o encaminhamento para uma variedade de opções de tratamento. Trata-se de uma proposta grandiosa que pretende alcançar e ajudar um número suficiente de usuários para mudar seus comportamentos de risco relacionados ao uso de drogas e ao sexo (BURROWS, 2006).

Existem estratégias de RD para outras drogas, como benzodiazepínicos, analgésicos, anfetaminas, alucinógenos e drogas sintéticas. A informação sobre o risco de dependência, efeitos problemáticos e controle na prescrição são algumas propostas, bem como a RD. Entre as ações para o álcool estão as direcionadas para a população em geral, não apenas para os que já desenvolveram problemas pelo uso abusivo, uma vez que, em geral, o maior risco de dano ocorre entre pessoas que não são dependentes. No uso de drogas inaladas, como cocaína, por exemplo, orientar sobre a higiene das narinas após o uso, dar preferência a canudos de plástico para o consumo e não compartilhar esse equipamento. Nesse sentido, são disponibilizados *kits* de RD que contêm canudos plásticos, chapa de alumínio, cartão para separar carreiras, folheto explicativo, preservativo e lubrificante, hastes flexíveis e soro fisiológico. Nas drogas fumadas valem as orientações para diminuir o consumo para padrões com menor dano, assim como o uso do cachimbo no caso do *crack*. (NIEL; SILVEIRA, 2008)

A RD, que inicialmente foi direcionada aos UDIs, evoluiu e trouxe mudanças e revisões nas estratégias de intervenção, políticas e leis em vigor, e oportunizou o encontro entre profissionais e usuários que abriu espaço para o compartilhamento de saberes técnicos e populares, para além do contexto médico (ROOS, 2011). As estratégias de RD ganharam espaço no debate das políticas voltadas para o álcool e outras drogas, práticas preventivas, educação em saúde e assistência (NIEL, SILVEIRA, 2008).

No Brasil, nas últimas duas décadas, a RD foi, progressivamente, incorporada à legislação. Nas políticas de saúde, com a legitimação da Reforma Psiquiátrica, os usuários de drogas são incluídos como responsabilidade da saúde pública e inseridos no âmbito da saúde mental. A lacuna assistencial aos usuários de álcool e de outras drogas é reconhecida. O direito à saúde e à proteção é conquistado com orientação do tratamento direcionado principalmente à rede extra-hospitalar: Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS – AD), Consultórios de Rua e Casas de Acolhimento Transitório (CAT). Mesmo com essas conquistas, é corrente o descompasso do debate das políticas entre saúde pública e segurança (MACHADO; BOARINI, 2013).

Portanto, há muito a se avançar em termos de políticas públicas e assistência fundamentada na RD. Em vez de se preocupar com a conquista da opinião ou a aceitação da população sobre a inclusão da RD nas políticas, gestores e pesquisadores devem avaliar os impactos das ações advindas das políticas públicas no âmbito privado e coletivo. É claro que a RD, enquanto modelo em construção, faz críticas à política de guerra às drogas, pois reconhece o usuário de drogas ilícitas como sujeito de direitos, busca articulação com outros campos de saber, para além de proposição de estratégias na tentativa de abarcar a complexidade do fenômeno do uso de drogas (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2012).

Aceitar a RD como uma meta ou estratégia a ser implementada em toda a sociedade exige aceitação de uma perspectiva mais humanística e integral ao invés de uma solução médica ou legal de um problema social grave (MARLATT; WITKIEWITZ, 2010). Alguns países podem ser felizes com a política de “redução de danos”; no entanto, para os norte-americanos, por exemplo, que se comportam como guerreiros antidrogas, a RD é um anátema, é vista como um cavalo de Tróia para a droga e sua legalização (WEATHERBURN, 2009).

É importante direcionar as políticas públicas e os modelos de atenção à saúde para os danos causados pelo uso de drogas, e não para o uso de drogas em si (WEATHERBURN, 2009). Assim, as abordagens de RD têm surgido

nos últimos anos para oferecer alternativas para a tolerância zero (TOUMBOUROU *et al.*, 2007).

As políticas são influenciadas pelo mesmo contexto que impulsiona sua elaboração. A RD tem inspirado propostas no Brasil e no mundo como um novo recurso técnico e ético. Quais suas influências nas políticas públicas sobre drogas no Brasil?

3.2.3 – Políticas públicas sobre drogas no Brasil

Pensar em políticas públicas sobre drogas de um país que ocupa quase 50% do território da América do Sul, com uma população de quase duzentos milhões de habitantes, com três fusos horários diferentes, tendo fronteira com dez países – entre estes, três dos maiores produtores de cocaína e um dos maiores produtores de maconha do mundo – e com uma faixa costeira de quase oito mil quilômetros, é um grande desafio. Além de extensão e das fronteiras, existe uma diversidade cultural ímpar com realidades físicas, econômicas, sociais múltiplas (DUARTE; DELGADO, 2010).

Um País que carrega na sua história duas ditaduras, a última que culminou com a abertura política na década de 1980 e, na sequência, com a falência do modelo econômico nacional, vivenciou um alto índice de inflação, a explosão demográfica nos grandes centros urbanos, com o aumento dos cinturões de pobreza nas periferias, e o desemprego conjuntural. Associado a esse contexto, observa-se a degradação da educação pública e o aumento da violência urbana. Esse cenário fortaleceu o mercado ilícito. Essa foi a realidade nacional do final da década de 1980 e início da década de 1990, na qual o tráfico de drogas ganhou projeção tanto no mercado nacional quanto no internacional. As favelas e as periferias urbanas tornam-se o lugar estratégico para o forte mercado de drogas, com o recrutamento de jovens pobres para o tráfico. Iniciou-se uma guerra civil onde as disputas por pontos de venda de drogas entre facções inimigas e o enfrentamento direto com a polícia, associado ao mercado de armas, insere-se num ciclo global de guerras (PASSOS; SOUZA, 2011).

Historicamente, no Brasil, as políticas de enfrentamento são ações baseadas principalmente na redução da oferta, com ações governamentais de enfoque repressivo, que busca o controle do tráfico de substâncias psicoativas. Todavia essas políticas passam e avançam ao longo do tempo. O propósito atual está cada vez mais próximo de ações que visam à redução do consumo/demanda, dos danos, da acessibilidade às drogas lícito-ilícitas, à conscientização da sociedade sobre os problemas associados ao abuso do

álcool, à prevenção e assistência aos usuários (DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007; GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Desde 1938 o Brasil tem regulamentação sobre as drogas: o Decreto-Lei de Fiscalização de Entorpecentes nº 891/38, com foco na fiscalização e, posteriormente, incorporado ao artigo 281 do Código Penal de 1941. Durante a gestão do Presidente Getúlio Vargas (1930-1945), o Código Penal Brasileiro sofreu alterações com o intuito conter o comportamento desviante, principalmente dos trabalhadores brasileiros. Entre as estratégias da época, houve campanhas antialcoólicas, nas quais o discurso médico apresentava aspectos de normatização, com a finalidade de construir no imaginário social o trabalhador ideal. Ao propor aquele decreto não foram consideradas as diferentes formas de interagir com a droga e fica claro que a diretriz em relação a essas substâncias no País se deu por meio de leis restritivas que consideraram aspectos comerciais, morais e científicos, representantes do modo ocidental de construção da realidade (BOUERI, 2007; GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

A Lei nº 6.368, implementada em 1976, esteve em vigor por trinta anos no Brasil e era voltada para a repressão. O usuário de drogas era considerado um criminoso comum. Anterior a essa lei, o Brasil incorporou ao ordenamento jurídico nacional, como regulamento, os instrumentos legais das ONU, além das convenções de 1961, 1971, 1972 e de 1998. Ou seja, a abordagem médico-policial foi hegemônica até recentemente (DUARTE; DELGADO, 2010).

Em se tratando das políticas públicas no Brasil, assim como na América Latina, é importante compreender que o debate científico relativo às drogas divide-se entre a segurança pública e o modelo biomédico, e suas políticas de enfrentamento estão submetidas a essas duas lógicas. Dentro deste contexto, as políticas ficam submetidas a múltiplos interesses, nem sempre conciliáveis. Apesar de essas estratégias terem certo grau de desenvolvimento e evolução, elas não têm apresentado resultados de impacto social (SOUZA; KANTORSKI, 2007; GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Nos anos oitenta houve algumas tentativas de propostas de enfrentamento às drogas. Em 1980 o Poder Executivo tenta criar um Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, por meio de um decreto; nasce o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEM), fundamentalmente voltado para o controle e a repressão. O Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate ao Abuso de Drogas (FUNCAB) foi criado em 1986, o qual, em 2001, foi transformado no Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) (DUARTE; DELGADO, 2010).

Em 1993 houve tentativas frustradas de criação de uma Secretaria Nacional de Entorpecentes, no âmbito do Ministério da Justiça. Em 1996, por meio de um decreto, foi criado, mas não efetivado o Departamento Nacional de Entorpecentes (DUARTE; DELGADO, 2010).

Contudo, em 1998, o Brasil faz um movimento para criar uma política nacional sobre drogas durante a sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas. Os debates expuseram a necessidade de cada Estado assumir a responsabilidade compartilhada em relação às drogas, com ênfase à demanda e à oferta das drogas, à prevenção do uso, à redução das consequências adversas e do abuso. O Brasil aderiu aos princípios da redução da demanda de drogas, e o País se comprometeu a cumprir essas determinações. Em consequência, o não caracterizado Departamento Nacional de Entorpecentes foi transformado na Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e o CONFEM em Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) (DUARTE; DELGADO, 2010).

Mesmo sendo uma política efetivamente de controle e com enfoque na luta contra as drogas, ela movimentou a discussão das políticas direcionadas ao tema drogas no País. No mesmo ano a SENAD recebe a incumbência presidencial de elaborar uma Política Nacional Antidrogas. O primeiro Fórum Nacional Antidrogas aconteceu em novembro de 1998 no intuito de iniciar a elaboração desta política. Somente em 26 de agosto de 2002, após o segundo Fórum, o então Presidente, Fernando Henrique Cardoso, assinou o decreto que buscava uma sociedade livre das drogas, com estratégias pautadas no controle (DUARTE; DELGADO, 2010).

A reformulação do foco da Política Nacional Antidrogas inicia em 2003, com a orientação do novo Presidente da República, Luís Inácio Lula da Silva, que apesar de manter a política anterior, sugeriu sua reformulação com uma nova perspectiva que incluísse a participação social, a intersetorialidade e a descentralização das ações. Com este foco, o seminário – Novos Cenários para a Política Nacional Antidrogas – tem como resultado um protocolo coletivo assinado por treze ministérios, a partir do qual se comprometeram a trabalhar com a SENAD para a melhoria da política e da implementação das políticas setoriais. Foi um grande avanço para o País, visto que esta nova perspectiva de trabalho ampliaria a discussão e não se limitaria à filosofia proibicionista, ou seja, à ideia de guerra e combate às drogas (DUARTE; DELGADO, 2010).

A metodologia adotada para a reformulação da política brasileira sobre drogas foi a interação entre governo e sociedade. Resultou de uma combinação de diversos eventos, organizado em três momentos de

preparação: um internacional, seis regionais e o último, nacional. Esta estratégia foi desenvolvida para promover a participação da população e garantir a atualização da Política Nacional Antidrogas em caráter democrático e participativo. Entre os resultados houve a transformação da Política Nacional Antidrogas em Política Nacional sobre Drogas (PNAD) (BRASIL, 2008; DUARTE; DELGADO, 2010).

O governo foi o articulador do processo de realinhamento da PNAD, oportunizou as discussões tendo a comunidade científica como mediadora dos trabalhos e a sociedade como protagonista. Portanto, a representatividade e a diversidade de participantes foram parte de todo processo. Dentre os presentes estavam: Governos federal, estaduais e municipais, representantes de governos de outros países, comunidade científica, Organizações Não Governamentais (ONGs), educadores, voluntários, profissionais da área da saúde, assistência social, segurança pública e justiça. Ao final do processo, a PNAD foi apresentada ao CONAD que a aprovou sem ressalvas, por meio da Resolução N°03/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005 (BRASIL, 2008).

Uma das grandes conquistas da PNAD, além da alteração do nome – de ‘antidrogas’ para ‘sobre drogas’, é a garantia da implementação dos conselhos com caráter deliberativo, articulador, normativo e consultivo, assegurando composição paritária. Por meio de um decreto, o Conselho passou a ter uma representação da sociedade civil bastante qualificada, contando com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), conselhos como o Federal de Medicina, o Federal de Psicologia, o Federal de Assistência Social, de Enfermagem, de Educação, um cientista da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e um estudante da União Nacional dos Estudantes (UNE). No entanto, o desafio da composição paritária do conselho ainda existe, visto que possivelmente não tenha em seu corpo representantes dos usuários de drogas. E essa inclusão implica a radicalidade de entender os usuários como cidadãos de direito. Houve avanço, visto que antes o CONAD era formado, quase que integralmente, por órgãos de governo, à exceção de um médico da Associação Brasileira de Psiquiatria e de um advogado indicado pelo Ministério da Justiça, as duas únicas participações de fora do governo (DUARTE; DELGADO, 2010; REGHELIN; DONEDA; RIBEIRO, 2010).

A PNAD foi estruturada em cinco eixos: 1) prevenção; 2) tratamento, recuperação e inserção social; 3) redução de danos sociais e da saúde; 4) redução da oferta e; 5) estudos, pesquisas e avaliações (BRASIL, 2008).

O eixo da redução de danos sociais e da saúde conta com dezesseis diretrizes que seguem a orientação geral abaixo citada:

“A promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, das consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade.” (BRASIL, 2008; pag.19)

Possivelmente o primeiro desafio desta política tenha sido a discussão sobre a nova Lei para drogas, a Lei nº 11.343/06, que, aprovada, trouxe avanços. Entre eles, o fim do tratamento compulsório, a concessão de benefícios fiscais para iniciativas de prevenção, tratamento, reinserção social, repressão ao tráfico, e a distinção entre usuário e traficante, embora a lei não descriminalize a droga. Além disso, dela se infere que usuários ou dependentes de drogas lícitas e ilícitas devem ser tratados sem discriminação e de forma igualitária (SOUZA; KANTORSKI, 2007; BRASIL, 2008; DUARTE; DELGADO, 2010).

Todavia, essa lei deixa lacunas que, por sua ambiguidade, oportunizam interpretações pautadas na lógica proibicionista. A falta de parâmetros para definir as condutas que se destinam ao consumo pessoal possibilita o julgamento do primeiro filtro; ou seja, geralmente é o policial que interpreta se a quantidade de droga portada é muita ou pouca para o consumo pessoal ou pode configurar tráfico. Da mesma forma, o art. 33⁵

⁵Lei nº 11.343/06, Capítulo II- Dos Crimes (BRASIL, 2006):

Art. 33. Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - reclusão de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos e pagamento de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa.

§ 1º-Nas mesmas penas incorre quem:

I - importa, exporta, remete, produz, fabrica, adquire, vende, expõe à venda, oferece, fornece, tem em depósito, transporta, traz consigo ou guarda, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, matéria-prima, insumo ou produto químico destinado à preparação de drogas;

dessa Lei abriu precedentes para o encarceramento, e este aumentou devido a situações de “consumo compartilhado”, ou “oferecer droga, eventualmente e sem objetivo de lucro, a pessoa do seu relacionamento, para juntos a consumirem” (CARVALHO, 2013, p.71).

Na sequência à sanção da lei, o CONAD foi reestruturado, definindo as competências do poder Executivo em relação à redução da demanda e da oferta de drogas. Por meio do Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, que também institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), estabeleceram-se as ações de redução da demanda; as ações de coordenação e articulação das políticas ficam a cargo do Gabinete de Segurança Institucional (GSI), por meio da SENAD; e a execução dessas políticas cabe aos ministérios, respeitando as políticas setoriais de cada ministério (BRASIL, 2008; DUARTE; DELGADO, 2010).

Contudo, no que se refere às políticas do álcool, havia no Brasil um vazio de políticas públicas/ativismo social/gestão, colocando as ONGs como as representantes mais próximas do público nos assuntos relacionados ao consumo de álcool (DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007).

II - semeia, cultiva ou faz a colheita, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, de plantas que se constituam em matéria-prima para a preparação de drogas;

III - utiliza local ou bem de qualquer natureza de que tem a propriedade, posse, administração, guarda ou vigilância, ou consente que outrem dele se utilize, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, para o tráfico ilícito de drogas.

§ 2º Induzir, instigar ou auxiliar alguém ao uso indevido de droga: (Vide ADI nº 4.274)

Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa de 100 (cem) a 300 (trezentos) dias-multa.

§ 3º Oferecer droga, eventualmente e sem objetivo de lucro, a pessoa de seu relacionamento, para juntos a consumirem:

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 1 (um) ano, e pagamento de 700 (setecentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa, sem prejuízo das penas previstas no art. 28.

§ 4º Nos delitos definidos no caput e no § 1º deste artigo, as penas poderão ser reduzidas de um sexto a dois terços, ~~vedada a conversão em penas restritivas de direitos~~, desde que o agente seja primário, de bons antecedentes, não se dedique às atividades criminosas nem integre organização criminosa. (Vide Resolução nº 5, de 2012)

A Política Nacional sobre o Álcool foi uma conquista do governo que começou, em 2003, no Ministério da Saúde (MS). Em 2004 o MS apresenta a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, no intuito de responder ao vácuo de propostas concretas à carência de orientações claras de política de saúde voltada para este segmento. Todavia, as propostas de atenção à saúde que surgiam tinham um caráter total, fechado e tendo como único objetivo a ser alcançado a abstinência (BRASIL, 2004; DUARTE; DELGADO, 2010).

A Política do MS para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, portanto, responde à necessidade de organizar uma rede de assistência centrada na atenção comunitária vinculada à rede de serviços de saúde e sociais e que tenha um foco ampliado, com ênfase na reabilitação e na reinserção social dos seus usuários. Essa rede assistencial tomará por base a noção de que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser fundada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Essa proposta de atenção está inserida nos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de RD (BRASIL, 2004).

Antes da inserção na atenção básica, os Programas de Redução de Danos (PRDs) propunham a troca de seringas, inicialmente proibida no Brasil. A adoção dessa medida com a inserção dos profissionais da saúde nesta proposta associou a prevenção do HIV e conquistou um espaço de trabalho vinculado aos programas de prevenção às DSTs/AIDS. Participaram da implantação de ações de RD: ONGs e OGs (Organizações Governamentais), o Ministério da Justiça, o Programa Nacional e as Coordenações Estaduais e Municipais de DSTs/AIDS. Hoje, diversos Estados e Municípios possuem leis que legalizam este trabalho com apoio e financiamento do Ministério da Saúde (NARDI; RIGONI, 2005).

Hoje, as propostas de RD ampliaram seu foco para além dos UDIs, incluindo outras drogas nas propostas de intervenção, como *crack*, álcool, cocaína aspirada, maconha, loló. Além dos *kits* para UDIs existem outros para a distribuição ou troca de cachimbos para usuários de *crack*, o *kit snif* (para cocaína aspirada) e abordagens e negociação de estratégias de cuidado com os usuários no campo (NARDI; RIGONI, 2005). Apesar dos avanços, ainda existe preconceito e dificuldade de entendimento das propostas da RD que são confundidas muitas vezes com o incentivo ao uso de drogas.

No intuito de abrir espaço para outras propostas, a Política de Atenção Integral do MS propõe a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial

Álcool e Drogas (CAPS - AD) para usuários de álcool e drogas, seguindo a lógica da atenção integral orientando ações para prevenção, tratamento e educação. Devido à complexidade e aos desafios da abordagem do consumo de substâncias psicoativas, essas ações devem fazer interface com outros ministérios e com a sociedade organizada (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as redes assistenciais da atenção básica, atuando nos territórios, e a Política de Redução de Danos são os dispositivos extra-hospitalares de atenção à saúde a essa população, ampliando o cuidado com base no conceito do território (BRASIL, 2004; GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Esse processo produz algumas mudanças, mesmo que tímidas, com o envolvimento da comunidade e os atendimentos prestados pelos CAPS-AD. O enfoque das campanhas preventivas foi modificado para desassociar o uso de drogas (lícito-ilícitas) à marginalidade e à delinquência, além de romper com as metas de abstinência como estratégia única de tratamento. Entretanto esses avanços sofrem resistência de interesses divergentes (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

No Brasil há uma fragilidade nos espaços de representação social que poderiam defender o público nos assuntos relacionados ao álcool e outras drogas. A mídia também tem grande força na construção de valores, e mesmo com algumas tentativas educativas das indústrias do álcool, os interesses são contraditórios diante da saúde pública. Portanto, o envolvimento da comunidade é fundamental na conscientização dos problemas relacionados ao abuso do álcool e outras drogas. Ações de RD nos ambientes onde se bebe têm chamado a atenção devido a sua efetividade com baixos custos (DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007).

De volta ao debate da Política Nacional sobre o Álcool, no qual a ideia inicial era pensar questões relacionadas à propaganda, com vistas à diminuição de consumo por populações vulneráveis, é preciso salientar que houve uma ampliação no espectro, pois o Grupo Técnico Interministerial, criado no MS, fez um grande trabalho que passou a discutir a criação de uma política intersetorial de abrangência nacional que envolvesse não apenas aspectos de saúde, propaganda e segurança, mas todos, inclusive legislação (BRASIL, 2008; DUARTE; DELGADO, 2010; REGHELIN; DONEDA; RIBEIRO, 2010).

O resultado desse processo foi a elaboração de uma política realista, sem qualquer viés de fundamentalismo ou de banalização do consumo, fundamentada em dados epidemiológicos e nos avanços da ciência. Essa

política nasce respeitando o momento sociopolítico do País, reflete a preocupação da sociedade em relação ao uso cada vez mais precoce do álcool, assim como o seu impacto negativo na saúde e na segurança. O Decreto Presidencial Nº 6.117/07, em maio de 2007, apresentou à sociedade brasileira a Política Nacional sobre o Álcool (BRASIL, 2008).

Destaque-se que, com esse decreto, o governo reconhece o álcool como problema de saúde pública e busca medidas para redução do seu uso indevido e abusivo e de sua associação com a violência e a criminalidade. A conquista da SENAD foi muito importante, uma vez que o Brasil é o maior produtor e consumidor de bebidas alcoólicas do mundo (PIRES; CARRIERI; CARRIERI, 2008).

No ano seguinte, em janeiro de 2008, o presidente encaminhou ao Congresso Nacional uma medida provisória que, a princípio, pedia a proibição da venda de bebida alcoólica nas rodovias federais. Essa solicitação era baseada nos números e estudos apresentados pela Polícia Rodoviária Federal e pelo MS sobre morbidade e mortalidade decorrente de acidentes em rodovias federais. Para surpresa do governo, o Projeto de Lei de Conversão incluiu proibições mais amplas, aprovadas na Lei nº11.705/08, que, além de proibir a venda de bebidas nas rodovias federais, definiu a tolerância zero para beber e dirigir (DUARTE; DELGADO, 2010).

Nomeada de Lei Seca pela mídia, essa lei não proíbe o consumo de álcool, apenas diz que não se pode dirigir após ingestão. Está lei está inserida na perspectiva da política do governo de RD. O foco das discussões desta nunca foi à proibição, mas sim de pensar em restringir a propaganda, em dificultar o acesso para adolescentes. Outra questão importante desta lei é o conceito de bebida alcoólica: institui, para efeitos de política, a bebida alcoólica com teor alcoólico igual ou superior a 0,5 graus. Anteriormente, para efeito de consumo e propaganda, a lei só considerava como bebida alcoólica aquela a partir de treze graus, o que impedia que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de regulamentar a propaganda (DUARTE; DELGADO, 2010).

A Lei Seca certamente representa um avanço em termos de políticas, mas seu foco está no ‘não dirigir após consumo’. Ela não orienta a não beber ou como beber adequadamente. Nessa leitura, ela respeita a decisão do cidadão em beber ou não, no entanto, ela não dá alternativas seguras para os que desejarem fazer o uso do álcool, como, por exemplo, o meio de transporte para o uso seguro. Só deixar de dirigir não basta, pois, o pedestre alcoolizado também tem risco, como destaca Carlini (2011).

Segundo Duailibi e Laranjeira (2007), as políticas do álcool podem ser categorizadas em alocatórias e regulatórias. A primeira busca a prevenção e o tratamento, e é voltada ao público com campanhas educativas e tratamento aos dependentes. A segunda objetiva influenciar comportamentos e decisões individuais com ações diretas, com leis que regulamentam e restringem, tais como idade mínima para compra, preços tabelados, horários, dentre outras.

Hoje a política pública brasileira com a PNAD avançou, e está mais próxima das tendências europeias que do modelo punitivo e proibicionista, capitaneado pelos EUA; porém esse modelo proibicionista punitivo tem muita força. No entanto, ainda temos críticas à nova lei, que pode melhorar ainda mais (MESQUITA; BASTOS, 1994; PIRES; CARRIERI; CARRIERI, 2008; REGHELIN; DONEDA; RIBEIRO, 2010).

Exemplo disso é que mesmo com todo o avanço nas políticas brasileiras, somente em 2008, após dois períodos presidenciais, o nome da SENAD mudou para Secretaria Nacional de Política sobre Drogas e um Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, não mais uma secretaria ou um conselho **antidrogas**. Isso mostra a dificuldade da mudança de paradigma, pois não está sendo um processo simples e, por outro lado, revela o que é fundamental em um processo político para impulsionar o movimento (DUARTE; DELGADO, 2010).

O Brasil adota a centralização dos esforços coletivos, intersetoriais, em detrimento da descentralização para fortalecer a política, pois ações isoladas são frágeis ideologicamente e não ganham repercussão nacional (PIRES; CARRIERI; CARRIERI, 2008).

A RD ganhou espaço e finalmente foi reconhecida, expressamente, na atual legislação.

Porém ainda temos de resgatar nas políticas públicas alguns elementos, aqueles que mais contribuem para a questão da subjetividade da autonomia, como a radicalidade da clínica (REGHELIN; DONEDA; RIBEIRO, 2010). No entanto, reconhece-se que a política é ambígua ao propor a RD, visto que a lança como estratégia de prevenção, e não ficam claros quais os pressupostos adotados pela lei neste item. A conciliação existente na PNAD entre redução de oferta, redução da demanda e redução de danos adota as diferentes bases de cada proposta, tendo as duas primeiras um enfoque em abordagens repressivas, enquanto a última se pauta na autonomia do sujeito (SOUZA; KANTORSKI, 2007; REGHELIN; DONEDA; RIBEIRO, 2010).

Além disso, essa nova política demonstra preocupação em promover ações de caráter ampliado com foco na prevenção e no tratamento, incluindo,

na sua abordagem, a perspectiva da Saúde Coletiva (PIRES; CARRIERI; CARRIERI, 2008).

Não obstante esse novo direcionamento da PNAD, a realidade é composta pela convivência do modelo proibicionista, biomédico e religioso, que coloca a droga como ilegal, doença e imoral respectivamente, contraposto pela proposta da RD, que aborda, discute e faz proposições pautadas numa perspectiva ampliada e integral. Ou seja, a droga não é abordada apenas num único aspecto, mas analisada dentro de um conjunto de fatores que se influenciam, como a relação individual de cada um com a droga, dentro de um contexto familiar, social, cultural, político e econômico.

A convivência desses paradigmas pode ser percebida nas discussões sobre a política, quando, apesar dos avanços, os saberes médicos, psiquiátricos, jurídicos e policiais buscam manter-se hegemônicos. Isso ocorre, por exemplo, pela judicialização do cuidado em saúde mental, com indicações de internação compulsória, principalmente de crianças e adolescentes. Em nome da proteção e do cuidado, essas medidas têm sido utilizadas como ferramentas em prol da segurança pública e da prevenção da violência, como destacam Reis, Guareschi e Carvalho (2014).

Essas forças no momento atual do Brasil estão disputando espaços e legitimidade. O PL nº 7.663/2010, de autoria do Deputado Osmar Terra (PMDB/RS), é uma proposta para a formulação de alteração da Lei de Drogas. Entre suas propostas está autorizar médicos a internar compulsoriamente usuários de drogas, dispensando a intervenção dos juízes. A internação psiquiátrica de usuários de drogas tem assumido, principalmente, a função de punição e segregação social. O risco da aprovação desse projeto é “a legitimação de novas técnicas higienistas que têm como objetivo último a manutenção da ordem social” (REIS; GUARESCHI; CARVALHO, 2014, p.76). Propostas deste viés demonstram os desafios enfrentados pela RD, pois, no jogo democrático e no imaginário de muitos, a ótica proibicionista e de internação ainda seria a melhor escolha, mesmo que detenha por detrás um ideário de segregação do convívio social e de segurança pública.

A RD surge em resposta a desafios que as abordagens tradicionais não estavam dando conta e, na emergência de responder à crise da AIDS, as ações de RD iniciaram de forma atropelada no intuito de evitar um dano social maior. As práticas se mantiveram após o risco maior ter sido contornado, agora legitimado nas políticas públicas. No entanto, a estrutura, os serviços, os profissionais e a sociedade mantêm-se os mesmos. Esses, na maioria, ainda acreditam que a guerra às drogas, a abstinência e o proibicionismo era

a alternativa possível e que atendeu a demanda diante do uso de drogas até então, seguindo a lógica da culpabilização e consequente exclusão do sujeito, tão debatida pela reforma psiquiátrica.

Assim, na verdade, a RD está acontecendo, associada ou não às propostas tradicionais de abordagem as drogas, sendo adaptada conforme a necessidade, o entendimento e o interesse dos profissionais, familiares e usuários, como descrevem Santos, Soares e Campos (2010) em seu estudo.

Para finalizar, é importante lembrar que a Constituição Federal, nossa carta magna enquanto cidadãos brasileiros, em se tratando de bens jurídicos, ou quando se trata dos direitos à intimidade e à privacidade, revela um respeito muito grande em relação às condutas particulares, ainda que possam ser lesivas ao próprio indivíduo: é o respeito à autonomia individual, desde que não seja em detrimento do outro. Isso não significa eximir do Estado a responsabilidade com seus cidadãos diante da questão das drogas sob outros prismas, como, por exemplo, o da saúde (REGHELIN; DONEDA; RIBEIRO, 2010).

A proposta da RD se coaduna com nossa Constituição Federal, e pode dar respostas mais próximas da realidade dos desafios trazidos pelo uso de drogas do que o idealismo utópico de uma sociedade sem drogas. A droga faz parte da sociedade, mas em nome da segurança, regulação e normatização do cidadão, condutas contrárias ou divergentes parecem atemorizar a sociedade e consequentemente autorizar o desrespeito à autonomia individual e social.

As políticas são fundamentais nesse processo, porém nenhuma política muda sozinha, são reflexo da compreensão que as pessoas têm sobre a realidade. A naturalização ou o preconceito com a droga sofre influências diversas, como a da mídia, por exemplo. A grande força para a mudança é a cultura, pois consegue mudar a nós mesmos e as nossas próprias concepções. Por isso as políticas são importantes para indicar as regras da sociedade, apontar as práticas de sucesso e, dessa forma, agir como forças que podem transformar nossas percepções sobre a droga e sensibilizar para a proposta da RD.

3.3 – REDUÇÃO DE DANOS

A RD consiste em uma abordagem que tem como objetivo a diminuição ou a supressão de risco de danos associados a alguns comportamentos. E é diante do uso de drogas que ela tem sido aplicada como

estratégia de intervenção ao uso indevido, abusivo e prejudicial (MARLATT, 1999; MARLATT; WITKIEWITZ, 2010; CRUZ, 2011).

Neste tópico, será abordada a redução da oferta, da demanda e dos danos, estratégias concomitantes no enfrentamento à droga. Também serão apresentados alguns exemplos dos percursos da RD no Brasil e no mundo.

3.3.1 – Redução da oferta, redução da demanda e redução de danos

Conhecer brevemente os percursos da RD possibilita aproximar-se da realidade desta proposta ao longo dos anos desde as primeiras iniciativas. A RD é uma das abordagens de enfrentamento às drogas, adotadas ao longo da história e na evolução das políticas públicas. Outras ações anteriores e concomitantes a ela são as propostas de redução da oferta e redução da demanda. O foco de ambas é minimizar ou eliminar o uso e abuso de drogas, principalmente as ilícitas (MARLATT; WITKIEWITZ, 2010).

Reduzir a oferta é diminuir a disponibilidade de drogas ilícitas, o que envolve medidas como aprovar a política externa destinada a erradicar o cultivo internacional de plantas utilizadas para produzir drogas e interceptação de tráfico. No caso das substâncias lícitas, a principal estratégia adotada pelo Estado é a regulação da oferta feita pela indústria e pela mídia. As consequências da redução da oferta são a perda de liberdades civis, o aumento do risco de overdose e doenças e a elevação das taxas de encarceramento. Além disso, quando o preço de uma droga aumenta devido à escassez do produto, a busca por drogas mais baratas tende a aumentar (DUALIBI; LARANJEIRA, 2007; MARLATT; WITKIEWITZ, 2010).

A redução da demanda inclui medidas de proibição do consumo de drogas ilícitas, tratamento, campanhas de sensibilização, intervenções preventivas, serviços sociais comunitários e apoio para as famílias. As estratégias, em geral, têm um foco educativo e objetivam ações preventivas direcionadas para: a) o início do uso de drogas; b) evitar que o uso experimental torne-se uso regular; c) a intervenção precoce para os padrões de consumo de risco e d) os programas de tratamento e reabilitação. O foco está na redução das consequências para a saúde relacionadas com as drogas. Em geral, as práticas de redução de demanda têm sido vistas como bem-sucedidas (WEATHERBURN, 2009; MARLATT; WITKIEWITZ, 2010).

O objetivo final da redução da demanda e da oferta é reduzir a prevalência do uso de drogas, porém com diferentes estratégias. Para isso centra-se principalmente no usuário, ou seja, redução do uso. Essa percepção

é justificada pela abordagem biológica e jurídica da abordagem à droga (MARLATT, 1999).

A RD não é contraditória à redução da demanda e da oferta, mas sim às posturas proibicionistas, centradas no sujeito, que propõem como solução aos problemas acarretados pelo uso de droga a proibição geral. Essa postura desrespeita a diversidade de cada sujeito na sua relação com a droga, que inclui aspectos biológicos, dimensões sociais e psicológicas. Ou seja, tem pessoas que conseguem consumir a droga pesando seus riscos, enquanto outras conseguem parar espontaneamente ou com ajuda quando percebem os danos do consumo, e ainda aqueles que não conseguem controlar o consumo e se expõem a risco e ocasionam danos para si e eventualmente para terceiros. Ações como restrição de locais de venda ou atividades preventivas que sinalizam possíveis riscos do consumo, por exemplo, do álcool, redução da oferta e demanda respectivamente, permitem ao sujeito a decisão do risco/dano do uso pautado em informações concretas (CRUZ, 2006).

Risco é a possibilidade de um evento ocorrer, incerto, mas previsível, combinado à magnitude das perdas e ganhos que isso poderia acarretar. Desta forma, o conceito é centrado na escolha individual. O risco é socialmente compartilhado e vinculado à experiência pessoal. Na clínica, o conceito de risco é instrumento para a redução de incertezas na tomada de decisões direcionada ao risco individual. Atualmente a perspectiva valorizada são seus resultados negativos, desconsiderando os possíveis benefícios – reais ou percebidos – que influenciaram a decisão. É importante lembrar que o conceito de risco é polissêmico no campo acadêmico que borra fronteiras, deixando lacunas de coerência conceitual nas distintas produções sobre a temática (DESLANDES *et al.*, 2002).

Poderíamos, por analogia, trabalhar com a perspectiva de grupo de risco, comportamento de risco e vulnerabilidade. Grupo de risco (redução da oferta) aborda o velho desafio da saúde pública: evitar o contato entre a substância e o usuário; comportamento de risco (redução da demanda) é direcionado para práticas dos sujeitos no intuito de diminuir o risco, de evitar experimentar a droga, com ações direcionadas a práticas seguras ou preventivas; e a vulnerabilidade (redução de danos) expressa os potenciais de adoecimento/ não adoecimento direcionados a todo e cada indivíduo num determinado contexto, e é também o reconhecimento dos limites individuais perante a universalização de intervenções. Assim, a vulnerabilidade é multidimensional, dinâmica e instável. Ou seja, o que nos vulnerabiliza sob um aspecto pode proteger sob o outro, sempre há riscos, em diferentes graus,

e eles estão sempre mudando ao longo do tempo conforme o contexto social, a condição e a opção individual (AYRES *et al.*, 2003).

Marlatt e Witkiewitz (2010) destacam que, historicamente, o financiamento para programas de redução de oferta sempre excedeu os valores disponibilizados para a redução da demanda e programas de RD, mesmo diante da comprovada diminuição dos custos e dos danos das últimas: as ações de redução da demanda e de danos. Sem falar que muitas das políticas de redução da oferta, como, por exemplo, o encarceramento, podem aumentar os danos aos indivíduos e gerar maiores custos para a sociedade.

Direcionada a diminuir riscos e danos diante de escolhas que possam ser prejudiciais para a saúde dos que fazem uso de álcool e outras drogas, a proposta da RD tem como base alguns princípios que orientam suas práticas (MARLATT, 1996; MARLATT, 1999).

O uso de drogas pode ser uma opção dos sujeitos por diversas razões, e as escolhas e os processos da sua história interagem entre si. Se a decisão for por usar a droga, a intervenção de educar para encontrar a melhor forma de fazê-lo, o poder-saber, é um agente de transformação da vida humana (NUNES *et al.*, 2010; PASSOS; SOUZA, 2011).

A necessidade de reinventar ações que convidem os usuários a efetuarem escolha de menor risco, com respeito à sua autonomia, é um dos pilares da RD. Na história da humanidade, há inúmeros registros do uso de drogas, utilizadas em cerimônias e rituais religiosos, festividades sociais e também para tratamento de diversas doenças. Portanto, nem sempre o uso se configura em risco ou ameaça, pois pode estar relacionado aos costumes e valores coletivos (BÜCHELE; CRUZ, 2011).

Hoje, a relação da nossa sociedade com a droga é negativa, associada à marginalidade e ao tráfico, caracterizando muitas vezes os usuários de drogas como ‘bandidos’. Isso acontece, principalmente, no vínculo com as drogas ilícitas, percepção possivelmente reforçada pela antiga Lei nº 6.368/76⁶. Outro ponto é o desconhecimento dos fundamentos da RD, o que gera desconfiança e resistência da sociedade. Em alguns casos, as estratégias da RD são confundidas como propostas de incentivo ao uso de drogas (NARDI; RIGONI, 2005).

Ao estimular a busca por uma saúde possível para usuários de drogas e seus familiares, a RD resgata a luta pela garantia de seus direitos. Ou seja,

⁶ Lei nº 6.368/76, vigente até 2006, perdurou por trinta anos. Além de ser voltada à repressão, via o usuário de drogas como um criminoso comum e sem qualquer perspectiva de garantia de direitos. (DUARTE; DELGADO, 2010, p.26).

configura-se como um conjunto de ações que visam minimizar os danos devido ao uso/abuso de drogas (NARDI; RIGONI, 2005).

Andrade (2004) destaca que a RD está pautada no pragmatismo, na tolerância e na diversidade. O pragmatismo tem objetivos claros, como, por exemplo, a prevenção de transmissão parenteral entre UDIs. Diante de preconceitos morais, a RD mantém-se firme como prática de saúde pública, com o objetivo maior de preservar vidas. Diante disso, há necessidade de opções para aquelas pessoas que não querem ou não conseguem interromper o uso de substâncias psicoativas, mesmo que o ideal para elas fosse a suspensão do uso. Essa oferta de cuidado pode evitar a exposição a situações de maior risco, dar acesso aos serviços e abrir espaços onde possam pedir auxílio posteriormente.

A tolerância (ANDRADE, 2004) refere-se ao direito dos usuários de fazer uso da substância de sua escolha. Esse direito é interditado pelo preconceito, devido ao enfoque na repressão às drogas ilícitas, o que, muitas vezes, abre alternativas para arbitrariedades contra usuários.

E a diversidade citada por Andrade (2004) flexibiliza as práticas, pois compreende a necessidade de estratégias diversas frente à heterogeneidade das populações de usuários, bem como dos recursos técnicos possíveis frente às diferentes drogas disponíveis. As práticas visam à prevenção por meio da educação para autocuidados com a saúde.

Cruz (2011) destaca que o oferecimento de serviços de saúde é imperativo para todos, independentemente da droga escolhida para o uso. A disponibilidade desses serviços pode evitar que os usuários se exponham a situações de risco, tornando possível buscar e obter ajuda sempre que desejar e, principalmente, quando for necessário. Além disso, o debate da RD evita o discurso moral relativo aos comportamentos ligados ao uso de substâncias e às práticas dos usuários, no intuito de evitar intervenções autoritárias e preconceituosas. E compreende que cada indivíduo tem uma relação particular às substâncias e, por isso, as abordagens devem seguir a mesma lógica, propondo estratégias diversas e adequadas a cada contexto.

Compreender a relação dos usuários com as drogas é complexo, pois o processo envolve características pessoais, a severidade dos problemas derivados do uso, os objetivos pessoais em relação à droga, a motivação e a prontidão para mudança, o estado emocional e as variáveis sociais, econômicas e culturais. Um modelo único, fechado, rígido não dá conta deste universo humano em suas diversificadas interfaces (FERREIRA, 2003).

É nesse contexto social que a RD se propõe a trabalhar com alternativas para os sujeitos que fazem uso de drogas, ampliando as

estratégias para além da abstinência. O pano de fundo que temos são as disputas de poder e controle, nas quais os cidadãos são peças do jogo, e não os jogadores. A RD parte de uma proposta de prevenção de doenças, mas busca ir mais longe do que esse modelo pressupõe; ultrapassando o enfoque da saúde, ela possibilita uma reflexão sobre a sociedade em que vivemos.

3.3.2 – Percursos da redução de danos no mundo

A proposta da RD não é nova, como apontam David B. Abrams e David C. Lewis (Marlatt, 1999) no prefácio do livro “Redução de Danos - estratégias práticas para lidar com comportamento”:

Hipócrates, escrevendo no século V a.C, aconselhava quem chegasse a uma cidade a avaliar se ali seria um lugar saudável para se viver ou não. Sugeria que se avaliasse sua geografia e o suprimento de água – se era potável, desagradável ou salgada? Aconselhava a observar o comportamento de seus habitantes se eles gostavam de beber e comer em excesso e propensos à preguiça, ou se gostavam de exercício e de trabalho árduo. Essas recomendações foram a primeira articulação de uma abordagem de redução de danos, a qual voltamos a enfatizar agora na aurora do século XXI (MARLATT, 1999, Prefácio).

O interesse por essa abordagem inicia na Europa (especialmente no Reino Unido e nos Países Baixos), em resposta a duas situações: o problema da injeção de HIV entre UDIs e a crescente acumulação de informação de que a abordagem para controlar o uso de drogas via justiça criminal agravou o problema em vez de reduzir ou eliminá-lo (MARLATT *et al.*, 1993).

A RD como ação de intervenção voltada ao consumo de substâncias psicoativas surge em 1926, em Liverpool, na Inglaterra, com o Relatório *Rolleston*, que autorizava legalmente aos médicos prescrever opiáceos aos dependentes desta droga. Uma estratégia de tratamento que objetivava resgatar a sua interação com a sociedade (SODELLI, 2010; VALÉRIO, 2010).

Na década de 1980, na Holanda, o contágio da população por Hepatite B e, posteriormente, o avanço da HIV/AIDS levou os UDIs a exigir do governo ações que diminuíssem seus riscos de contaminação. A proposta nasce como tentativa de diminuir os efeitos mais danosos à saúde dos

indivíduos envolvidos, pois se identificou que o uso de drogas está associado a hábitos e rotinas dos usuários (VALÉRIO, 2010; CRUZ, 2011; SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2012).

A proposta de RD na Holanda é sistematizada em formas de programas. São iniciativas de uma associação de usuários de drogas, numa ousada estratégia para enfrentar a epidemia de hepatite B entre UDIs. Torna-se uma política pública de saúde voltada aos usuários de drogas injetáveis e à sua rede de interação social (SODELLI, 2010; VALÉRIO, 2010).

A primeira revisão internacional sobre a eficácia dos Programas de Troca de Seringas (PTS) na redução da propagação da infecção pelo HIV entre os UDIs, publicada em 2006, com uma ampla revisão de 45 publicações do período entre 1989 e 2002, concluiu que os PTS são eficazes, seguros e de baixo custo. E não foram encontradas evidências de que esses programas causem quaisquer efeitos deletérios ou aumento do consumo (WODAK; COONEY, 2006).

Dentro do PTS, a distribuição de *kits* com equipamento limpo para o uso da droga pode ser realizada. Esta ação, no entanto, é mais complexa do que uma simples distribuição, apontam Delbon, Ros e Ferreira (2006), visto que envolve inúmeros fatores e processos tais como a discriminação, os direitos humanos e a cidadania em uma temática que desperta nos profissionais medo e preconceito. É importante a capacitação para conhecer a dimensão da tarefa a ser cumprida.

As intervenções de RD, assim como as políticas, são mais frequentemente individualizadas para poder atender à necessidade específica do indivíduo ou comunidade. Isso quer dizer que um programa universal não é possível e não seria útil, pois não atenderia à especificidade local. Assim, as estratégias raramente são de tamanho único (MARLATT; WITKIEWITZ, 2010).

Há diretrizes básicas, mas a implementação de programas ou serviços de RD não tem receita pronta; sua abordagem não é destinada só aos usuários de drogas ilícitas, mas também as lícitas. O trabalho de equipe pautado na coesão, na aceitação, no conhecimento e na compreensão abrangente da intervenção envolve a todos, desde o porteiro aos técnicos. O trabalho com líderes comunitários é fundamental para auxiliar no entendimento das propostas e na sensibilização da comunidade. Treinamento e supervisão oportunizam trocas e elaboração de estratégias de superação de preconceitos e capacitação para oferecer atenção à saúde dessa população invisível ao sistema de saúde. E, finalmente, as leis são fundamentais para a ampliação

das intervenções e para garantir a continuidade do trabalho (DELBON; DA ROS; FERREIRA, 2006).

Prevenir o início do uso da substância é o método mais econômico e eficiente para reduzir os danos relacionados ao seu uso. A iniciação ocorre, mais comumente, durante a adolescência. E a idade da primeira utilização está inversamente relacionada a problemas posteriores com abuso de drogas e dependência (MARLATT; WITKIEWITZ, 2010).

As ações de RD estão direcionadas, principalmente, aos grupos sociais estigmatizados e vulneráveis, esquecidos, banidos da sociedade – michês, profissionais do sexo, transexuais, moradores de rua, usuários de drogas, travestis. Consistem em ações que buscam transformar a situação de saúde e, por meio desta, resgatar a cidadania dos excluídos (ROOS, 2011).

Independentemente da forma como pesquisadores definem a RD, é importante ter em mente que, após mais de 20 anos de lutas contra as políticas de abstinência, ela é reconhecida e implementada como estratégia de intervenção por organizações como OMS, UN, Programa sobre HIV/AIDS, Escritório sobre Drogas e Crime, e Fundo Infantil, da Cruz Vermelha e do Banco Mundial. O Grupo dos Oito (G8) também adota a RD. O G8 consiste em um fórum para os líderes políticos dos governos do Canadá, França, Alemanha, Itália, Japão, Rússia, Reino Unido, EUA e União Europeia. O seu foco é: "promover a saúde global" e aumentar os programas de prevenção para reduzir comportamentos nocivos (LOGAN; MARLATT, 2010; MARLATT; WITKIEWITZ, 2010).

Mesmo sendo reconhecida como estratégia mundial, a oferta de cuidado ainda está arraigada em condutas padronizadas que não aceitam desvios da diferença. E o afastamento daqueles a quem se pretende ofertar cuidado é a prova de que temos muito a avançar nas práticas de RD (ROOS, 2011).

A trajetória inicial da RD está vinculada à Europa, mas as suas práticas são reconhecidas como uma alternativa às abordagens proibicionistas, com alcance em diversos países, entre os quais o Brasil.

3.3.3 – Percursos da redução de danos no Brasil

No Brasil, no final da década de 1980, a epidemia de HIV/AIDS teve espantosa disseminação, associada ao compartilhamento de seringas entre UDIs, mas também teve impacto no número de recém-nascidos e mulheres infectadas pelo HIV. De 1984 a 1986, a transmissão de AIDS devido ao uso de drogas injetáveis cresceu de 2,9% para 25,1% do total de casos. Em 1993,

o País vivia uma epidemia de HIV/AIDS e não havia percebido esta realidade. No início dos anos 90, o *Global Program on AIDS* (GAP) propôs um estudo multicêntrico de HIV entre UDIs, em treze cidades do mundo, entre elas estavam Rio de Janeiro/RJ e Santos/SP. Após o estudo, o Brasil, pela primeira vez, obteve dados sobre os UDIs: perfil da população, hábitos de uso, sexualidade, taxas de contaminação pelo HIV e Hepatite C, os quais serviram de base para intervenções locais e nacionais, visto que antes da AIDS o uso de drogas injetáveis era subestimado (MESQUITA; SEIBEL, 2000).

A preocupação com a epidemia do HIV/AIDS em seu auge, nos países de capitalismo periférico como o Brasil, levou a adotar a proposta da RD mobilizando a sociedade e o poder público a assumir o problema como objeto de políticas públicas. Após a experiência internacional, no período de 1989/1990, no Brasil as ações nascem como programas de saúde e se inserem com algumas iniciativas interrompidas. Hoje existem leis em vários municípios que legalizam o trabalho de RD e o MS apoia e financia essas ações em todo o País (NARDI; RIGONI, 2005; SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2012).

A implantação da RD no Brasil tinha, inicialmente, foco exclusivo na prevenção de doenças transmissíveis em UDIs, sem visar mudanças no padrão de uso de drogas. Com o apoio da OMS, muitos países adotaram as estratégias de RD, independentemente de serem direcionados para práticas de prevenção da disseminação do HIV/AIDS, ou a práticas mais direcionadas aos consumidores de drogas que não acessam os serviços tradicionais de atendimento a usuários, bem como as terapias voltadas à troca do consumo de substâncias mais danosas por outras menos danosas à saúde (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2012).

O berço das ações de RD ocorreu na cidade de Santos/SP. Lá, a Política de HIV/AIDS envolveu a comunidade e as demandas de um grupo minoritário e marginalizado. A primeira tentativa de fazer troca de seringas foi em 1989; entretanto não houve continuidade, devido a uma interdição judicial. Nessa época, a cidade de Santos apresentava altos índices de infecção do HIV por via endovenosa. Após essas tentativas conflituosas, em 1994, com o incentivo e a parceria do MS, a qual se mantém até hoje, as estratégias em resposta à epidemia de HIV/AIDS no Brasil foram historicamente apoiadas em projetos específicos, direcionados a segmentos populacionais mais vulneráveis (NARDI; RIGONI, 2005; SAMPAIO; FREITAS, 2006).

Uma das grandes dificuldades dos primeiros PTS, dentro da proposta da RD, de ordem jurídico-legal, era a Lei nº 6.368/76, que permitia a interpretação de que a distribuição de agulhas e seringas se configurava como fomento ao uso de drogas, ou seja, crime; associadas a isso temos o temor social de que a proposta aumentasse o consumo de drogas. Ou seja, enquanto tentavam ofertar assistência social e terapêutica pelas consequências do uso e disseminação do HIV/AIDS, evitando a contaminação de toda a população, esses agentes eram confundidos durante o trabalho e presos como traficantes (BUCHER, 1996; MESQUITA; SEIBEL, 2000).

Somente em 1995 foi autorizado, legalmente, realizar as trocas de seringas, primeiro em Salvador; em 1998, a autorização ocorreu em São Paulo, quando foi aprovada uma lei estadual que autorizava os programas de RD (NARDI; RIGONI, 2005).

As pesquisas realizadas em Salvador amadureceram as estratégias de proposição de ações de RD, pois quando estas foram realizadas no período inicial da década de 1990 não havia respaldo legal para as ações. A instituição proponente da pesquisa na Bahia em nenhum momento centralizou o discurso na oposição da lei vigente, mas buscou parcerias para compartilhar a responsabilidade de saúde pública diante da realidade (MESQUITA; SEIBEL, 2000).

No Rio Grande do Sul, a cidade de Porto Alegre foi pioneira no estado com o PTS, em 1996. Todavia, a oficialização só aconteceu três anos depois, com o Projeto de Lei nº 169/99. Integraram esse movimento de implantação de ações de RD, ONGs e OGs, Ministério da Justiça, Programa Nacional e as Coordenações Estaduais e Municipais de DSTs/AIDS. Atualmente existem leis estaduais e municipais que legalizam o trabalho de RD, com o apoio do MS. A Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas decreta a inserção da RD na atenção básica e secundária (NARDI; RIGONI, 2005).

O Projeto Brasil é um estudo epidemiológico, transversal que envolveu várias cidades do País: Santos, Salvador, Rio de Janeiro, Itajaí e um *pool* de cidades da região Centro-Oeste – Campo Grande, Cuiabá, Corumbá e Goiânia, no período de agosto de 1994 a dezembro de 1996. Esse estudo teve o objetivo estimar a prevalência de infecção pelo HIV e seus determinantes em UDIs naquelas cidades, e conhecer diferenças de comportamento entre as amostras. Entre os resultados observou-se que as altas taxas de injeções de drogas associadas à falta de programas de controle direcionados aos UDIs trariam importantes consequências para a sociedade como um todo. Além do impacto social e econômico, ocorreriam graves

consequências de saúde pública pela disseminação do HIV, Hepatites B e C, Vírus Linfotrópico da Célula Humana (HTLV) e sífilis entre usuários, seus parceiros e crianças pela transmissão vertical (MESQUITA; SEIBEL, 2000).

As maiores prevalências encontradas no Projeto Brasil foram Santos/SP e Itajaí/SC com 63% e 71% respectivamente. Em Santos, a prevalência mantinha-se alta desde o estudo multicêntrico realizado em 1991/92. Esses resultados demonstraram a importância de ações que atendessem essa população (MESQUITA; SEIBEL, 2000).

O debate da RD no Brasil também surge com o desafio colocado pela disseminação do HIV e de outros patógenos de transmissão sanguínea e sexual entre os usuários de drogas. As propostas oscilam entre a repressão ao tráfico e ao uso de drogas a uma pluralidade de ações que visam a reduzir os danos decorrentes desse consumo, com uma atuação centrada na educação e na saúde pública (CAIAFFA; BASTOS, 2006).

A proposta da RD nasce, no País, como estratégia de enfrentamento à epidemia do HIV/AIDS em grupos minoritários e excluídos, homossexuais e usuários de drogas, já estigmatizados pela sociedade. Importa destacar que as doenças infectocontagiosas não são restritas a segmentos populacionais, raciocínio inicial aplicado no início da epidemia de HIV/AIDS direcionado a UDIs e demais populações estigmatizadas, reforçando a exclusão dessa população. Os UDIs podem ter um papel na disseminação do vírus, mas também devem ser levadas em consideração as condições ecológicas das comunidades para buscar ações que deem conta de toda a diversidade e complexidade que envolve o tema drogas (MESQUITA; SEIBEL, 2000).

O projeto “Situação de Base dos UDIs dos Projetos de Redução de Danos, apoiados pela CN-DST-AIDS – AJUDE-Brasil” foi um estudo multicêntrico com cinco dos doze programas de troca de seringas existentes nas regiões Sul e Sudeste do País, em meados de 1998. O foco do estudo estava no trabalho de campo realizado pelos redutores de danos (*outreachers*) de cada Projeto de Redução de Danos (PRD). Buscou reconhecer os usuários de drogas não institucionalizados, acessados nas suas comunidades e clientes dos programas, perfil soro-epidemiológico, condições de vida e saúde, fatores de risco para as infecções. O estudo foi fundamental para conhecer a situação de base para posteriores estudos da efetividade das ações de RD propostas até então (MESQUITA; SEIBEL, 2000).

O Projeto AJUDE - Brasil II em 2000/2001 pesquisou seis programas de troca de seringas com base na proposta de RD no Brasil, nas cidades: Porto Alegre e Gravataí (RS), São José do Rio Preto (SP), Florianópolis e Itajaí (SC) e Salvador (BA). Vinculado ao estudo multicêntrico do projeto, o

objetivo do estudo foi comparar homens e mulheres UDIs quanto ao perfil sociodemográfico e aspectos de iniciação do uso das drogas. De forma geral o resultado mostrou a maior vulnerabilidade entre as mulheres UDIs. Este trabalho traz relatos da iniciação do uso de drogas injetáveis, que contribui para refletir sobre ações preventivas direcionadas a essa realidade para evitar o início do uso (CINTRA; CAIAFFA; MINGOTI, 2006).

Na perspectiva da prevenção houve ampliação da abordagem ao abuso de drogas ultrapassando a preocupação em evitar a contaminação do HIV/AIDS. Ao longo dos anos, a RD foi ampliando suas ações para além da prevenção aos danos do álcool e de outras drogas, mas também foi criando as bases que fundamentam a abordagem e a assistência aos usuários. O consumo e as drogas disponíveis no mercado mudam constantemente, haja vista o exemplo do consumo de *crack*, que aumentou nos últimos 10 a 15 anos. Diante dessa realidade, as práticas de intervenção assim como o tratamento devem se atualizar, e hoje existem relatos de PTS, mas também de consultórios de rua com abordagens ampliadas e com tratamento sem a obrigatoriedade da abstinência (BUCHER, 1996; MESQUITA; SEIBEL, 2000; CRUZ, 2006).

Delbon, Da Ros e Ferreira (2006) realizaram um estudo onde avaliaram o resultado da implementação de estratégias de RD em serviços de tratamento a usuários de drogas, em São Paulo. Para tal, realizaram uma avaliação das intervenções focadas na distribuição de *kits* de RD nos serviços de tratamento da dependência química, CAPS-AD, associada à implantação da Política de Redução de Danos. Os resultados demonstram que a implementação do Programa de Redução de Danos (PRD), com todas as políticas que a instituem, é uma tarefa complexa que exige criatividade, esforço conjunto e flexibilidade nos prazos de implementação. Os desafios decorrem do foco do trabalho, sua população de acesso complicado e difícil de ser acolhida, mesmo em serviços especializados.

Os trabalhos de Nardi e Rigoni (2005; 2009) mergulham no universo dos redutores de danos, que são os agentes que estão à frente da proposta de RD, são os que estão diretamente em contato com os usuários, que entram nos locais em que estão os UDIs, num trabalho de busca ativa desses usuários. Eles são responsáveis pela educação em saúde na prevenção às DSTs/AIDS e outras doenças ligadas ao uso/abuso de drogas. Se, por um lado, a atividade dos redutores trouxe uma oportunidade de resgate de cidadania aos usuários de drogas e também aos redutores, visto que muitos foram usuários, por outro, esses redutores ficam no limite da marginalidade. O próprio trabalho os expõe a essa condição de marginalidade, pois por vezes

são confundidos com os usuários, já que seu trabalho está onde se encontram os sujeitos que usam drogas. Além disso, há a fronteira marginal que a sociedade impõe ao tema drogas. Essa situação parece se confirmar nas modalidades dos contratos de trabalho desses profissionais, sujeitos às trocas de gestão, sem garantias ou direitos.

Silva *et al.* (2009) descrevem que as unidades de RD têm conseguido acessar uma população excluída, e resgatam os direitos e o valor humano dessa população. A população atendida refere-se à RD como um facilitador, um mediador entre as demandas que apresentam e os serviços sociais e de saúde; além disso, eles têm divulgado as informações que têm obtido, levando outros usuários para serem atendidos. O vínculo criado com os usuários fica claro quando estes conseguem fazer críticas e sugestões para o seu aprimoramento, sem medo de retaliações no atendimento.

Ferreira (2003) apresenta um relato de experiência com grupos focais de adolescentes de baixa renda. Seu estudo tinha por objetivo investigar a questão do uso de drogas sob a perspectiva da RD. Adolescentes relatam que a proibição associada à falta de informação sobre as drogas, gera a curiosidade. Outro fator importante é a pressão do grupo de iguais, que é uma característica do desenvolvimento do adolescente, essa convivência e a identidade com o grupo. As dificuldades familiares também são motivadoras de experimentação e uso, como uma estratégia de fuga dos problemas de casa. Esse raciocínio reforça a ênfase sobre a iniciativa e esforços pessoais para o enfrentamento e tratamento. Em todas essas referências dos jovens, apenas uma vez foi dito que a motivação para uso foi o prazer proporcionado pela droga, o que pode levar a pensar que falar desse aspecto apazível da droga é um tabu.

Esse autor avaliou que a experiência com o grupo focal foi válida como um trabalho de prevenção com adolescentes, pois permitiu a discussão franca sobre o uso de drogas. Ações diferenciadas que abordem a questão das drogas, levantando alternativas ao modelo de abstinência, é uma necessidade, no presente momento, pois se percebem suas limitações e dificuldades em obter resultados efetivos. A RD não é a solução definitiva, mas uma possibilidade diferenciada. Ela apresenta vantagens que devem ser exploradas, uma vez que não se acredita que o consumo de drogas venha a ser erradicado da sociedade (FERREIRA, 2003).

O trabalho de Filho, Coelho e Ávila (2007) apresenta uma proposta de intervenção de RD, que utiliza a música como estratégia de abordagem. A complexidade e a multifatorialidade do tema necessitam de abordagens de acordo com esse contexto, e a música pode ser um meio facilitador da

comunicação e dispositivo para debater o tema como estratégia para minimizar resistências e facilitar o acesso ao tratamento. Esses autores destacam que para o sucesso de ações de RD um aspecto essencial é criar condições de acessibilidade entre os profissionais envolvidos e os usuários de drogas.

A discussão de abordagens de RD para fumantes é trazida por Spink (2010), onde é discutida a perspectiva do tabagismo como comportamento de risco. Essa autora destaca que abordagens que visam ao terror não funcionam, pois existem diversos comportamentos de risco que as pessoas mantêm mesmo conhecendo os possíveis danos; aqui a experiência da RD com drogas ilícitas, pode auxiliar. A autora apresenta que, em 2004, um artigo publicado no *British Medical Journal*, discute a RD para fumantes que não querem ou não conseguem parar de fumar; propõe formas mais eficientes de tratamento, como a redução no número de cigarros, a terapia de reposição da nicotina e os produtos orais do tabaco não fumígeno, cigarros de baixo teor de nicotina, os alternativos ou o uso de charutos e cachimbos. Algumas dessas estratégias são utilizadas atualmente no Brasil.

A RD espontânea é apresentada por uma pesquisa qualitativa com usuários de drogas que procurou investigar barreiras e motivações para o tratamento. O estudo demonstra que os usuários criam estratégias espontâneas de reduzir danos, não necessariamente ligadas ao conceito de RD em si, mas estratégias criadas por eles, a partir de suas crenças ou aprendizagem após diversas internações. O trabalho identificou quatro estratégias: (a) descansos do uso – onde são adotados intervalos de tempo sem uso para recuperação; (b) os cuidados das relações, onde medidas de proteção são adotadas pelos outros; (c) busca de drogas de qualidade, variação das substâncias e alternativas de administração; e (d) estabelecimento de cotas ou limites de uso de substâncias que não fariam mal (FONTANELLA; TURATO, 2005).

Mesquita e Seibel (2000) referem que supor que os usuários de drogas não se importam com sua saúde é falso, visto que muitos mudaram o comportamento ao usar a droga para se proteger da contaminação da AIDS.

Fontanella e Turato (2005) apontam que estratégias espontâneas podem ter resultados ambivalentes, que por um lado podem oferecer resistências e dificuldades no tratamento, estimulando a onipotência dos usuários; por outro, podem ser um treinamento espontâneo a habilidades positivas a um futuro tratamento. É importante que essas medidas espontâneas sejam investigadas pelos profissionais que atendem os usuários,

para investigar, discutir, orientar de forma a transformar essas medidas espontâneas em ações direcionadas a efetiva RD.

Moreira, Silveira e Andreoli (2006a) apresentam a proposta de prevenção em ambiente escolar, com ações vinculadas ao conceito de promoção da saúde e da escola promotora de saúde. As abordagens mais promissoras ampliam o campo de intervenções numa perspectiva de saúde integral aproximando-se da promoção da saúde. A escola promotora de saúde, quando trabalha com a proposta da RD, visa a ações com objetivos amplos, ruptura com o maniqueísmo, ações inclusivas, parcerias intersetoriais, incentivo à autonomia dos alunos, abordagem do indivíduo em toda a sua complexidade. O foco da intervenção também é ampliado a todos, independentemente se já experimentaram, já fizeram ou fazem algum uso de substâncias psicoativas.

O trabalho de Souza *et al.* (2007) apresenta um estudo realizado dentro de um CAPS-AD e de um Serviço de Redução de Danos. O trabalho do CAPS é uma atuação conjunta com o Serviço de Redução de Danos, com foco no fortalecimento de uma rede de saúde mental de base comunitária. Esse estudo mostra a convivência complicada entre os modelos psiquiátrico e psicossocial na atenção à saúde mental, dentro do CAPS. Os autores observaram uma evidente contradição, pois o serviço visa superar o modelo asilar, proposto pelo modelo psiquiátrico, e, no entanto, usa as mesmas estratégias do modelo que pretende superar. São vários os fatores que contribuem para essa realidade: organização institucional na sociedade em geral; a dominância do processo de fragmentação do trabalho; o predomínio da alienação do sujeito como fato social; e a divergência entre o grau de desenvolvimento da tecnologia e o grau de desenvolvimento da força de trabalho. Em relação ao Serviço de Redução de Danos, a equipe é composta por ex-usuários e não-usuários, que atendiam quatro bairros do município. As abordagens são individualizadas e com orientações de RD sobre a prevenção das DSTs/AIDS e Hepatites, entrega de preservativos e troca do *kit* (seringa descartável, água destilada, algodão) para UDIs. Além da troca do *kit*, os usuários eram encaminhados para consultas nos centros de saúde, para o serviço especializado em testagem anti-HIV e/ou para o CAPS-AD, conforme a necessidade de cada sujeito atendido.

A proposta da RD é de inclusão, universalidade, equidade e integralidade, de acordo com os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS)(ROOS, 2011). Assim o conhecimento dos princípios da RD e suas bases podem possibilitar a avaliação e a comparação desta estratégia ao longo

da sua trajetória nesses mais de dez anos de práticas e políticas. Por isso funcionam como eixo orientador de análise da RD desse estudo.

3.4 – PRINCÍPIOS DA REDUÇÃO DE DANOS

Este tópico está sendo descrito considerando que nosso estudo fundamentou sua análise nesse conteúdo. O estudo dos princípios da RD constitui a base da estratégia de RD nessa pesquisa, sendo, portanto, considerados os alicerces que orientam ações e políticas dessa proposta teórica. Foram selecionados os princípios propostos pelo canadense Gordon Alan Marlatt, cujas reflexões influenciam a prática da RD.

Assim, dois tópicos são fundamentais neste item: o primeiro faz uma breve apresentação da carreira do pesquisador G. Alan Marlatt; o segundo traz a RD e seus princípios propostos.

3.4.1 – Apresentando G. Alan Marlatt

Inúmeros pesquisadores que hoje estudam e defendem a RD utilizaram como ponto de partida para suas análises o trabalho de Marlatt, uma das referências no campo da dependência química. Sua pesquisa trouxe avanços significativos para a compreensão da interação entre os pensamentos, as emoções e as situações como preditores de comportamentos associados aos problemas de abuso de substâncias, sobretudo o álcool (MARLATT *et al.*, 1993; DOUGLASS, 2011; WHITE *et al.*, 2011; BLUME, 2012; ROTGERS; FROMME; LARIMER, 2012).

Reconhecido em sua área, o canadense recebeu, ao longo da carreira, diversos prêmios, entre os quais *Jellinek Memorial Award* (1990); *Distinguished Scientist Award* (2000); *Robert Wood Johnson Foundation Innovators in Combating Substance Abuse Award*(2001), por importantes contribuições para o conhecimento nos estudos do álcool; *Visionary Award* (2002); *Distinguished Researcher Award from the Research Society on Alcoholism* (2004); *Harriet Tubman Freedom Award for Outstanding Community Activism e Lifetime Achievement to Improve Health* (2007); *Distinguished Contribution Award Scientific* (2009); e *Lifetime Achievement Award* (2010) (DOUGLASS, 2011; WHITE *et al.*, 2011).

Anos antes de receber os primeiros prêmios, precisamente em 1981, Marlatt fundou o *Addictive Behaviors Research Center*, o qual dirigiu por 30 anos. A atmosfera de excelência criada dentro do Departamento de

Psicologia da Universidade de Washington, nos Estados Unidos, daria origem a inúmeras inovações na prevenção e no tratamento da dependência (WHITE *et al.*, 2011). Ele mesmo descreveu a sua abordagem para tratar a dependência do álcool como "pragmatismo compassivo em vez de idealismo moralista" (SNYDER, 2011, 1914).

Sua estratégia inovadora e criativa de investigação dos processos básicos da dependência, tais como a noção de perda de controle, permitiram o desenvolvimento do modelo cognitivo-comportamental de prevenção da recaída, que tem sido usado não somente para auxiliar o tratamento do abuso de álcool, mas para uma variedade de outras doenças, como distúrbios alimentares e depressão (DOUGLASS, 2011; WHITE *et al.*, 2011; ROTGERS;FROMME; LARIMER, 2012).

Por meio de um bar-laboratório (BARLAB)⁷, Marlatt conduziu o trabalho de investigação comportamental do uso do álcool, analisando as expectativas e atitudes vinculadas ao beber associadas ao cenário. Também desenvolveu procedimentos inovadores como o "*Balanced Placebo Design*", que permitiu o estudo dos efeitos psicológicos e fisiológicos distintos de substâncias, como o álcool, nos resultados comportamentais. O estudo mostrou que o aumento do consumo não está vinculado às propriedades farmacológicas do álcool em si, mas na crença ou na expectativa de que a bebida contém álcool. Ademais, a pesquisa desafiou as ideias sustentadas por muitos programas de tratamento dos EUA, entre as quais a de que o alcoolismo é uma doença gerenciada somente por meio da abstinência; a de que o álcool, em qualquer quantidade, ativa um desejo; e a de que os alcoólistas só iriam mudar o seu comportamento com a confrontação agressiva e vigorosa sobre seu vício (DOUGLASS, 2011; SNYDER, 2011; WHITE *et al.*, 2011).

Em suas observações sobre a recaída, Marlatt percebeu que suas razões, na grande maioria, estão vinculadas a fatores interpessoais, intrapessoais ou ambientais e que a falta de habilidade para enfrentar situações adversas adequadamente aumenta a probabilidade de recaída; diferente das explicações biológicas e farmacológicas dadas até então (WHITE *et al.*, 2011).

Líder no desenvolvimento de programas de prevenção eficazes na redução do consumo nocivo por estudantes universitários, o canadense

⁷*Behavioral Alcohol Research Laboratory (BARLAB)*

identificou os riscos do uso do álcool entre os alunos e terminou por desenvolver, junto com colegas da Universidade de Washington, o *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students* (BASICS). A mais disseminada no mundo, a abordagem é baseada em evidências para a prevenção e o tratamento do consumo alcoólico excessivo na faculdade entre populações de jovens adultos (MARLATT; WITKIEWITZ, 2002; TOUMBOUROU *et al.*, 2007; SNYDER, 2011; WHITE *et al.*, 2011; BLUME, 2012).

O interesse no estudo de intervenções com adolescentes e jovens, universitários ou não, vem de duas constatações principais: a de que a maior parte da carga de doenças e mortes nesses grupos é atribuída, em países desenvolvidos, ao mau uso de álcool e drogas ilícitas; e de que os padrões de uso de substâncias estabelecidas na adolescência são estáveis e podem indicar futuros padrões crônicos de uso, morbidade e mortalidade na vida adulta (TOUMBOUROU *et al.*, 2007).

Mais recentemente, Marlatt pesquisou a integração de técnicas de meditação com as habilidades de prevenção de recaída no intuito de auxiliar os indivíduos a reconhecer e lidar com gatilhos comuns para a recaída, tais como depressão, ansiedade ou estímulos ambientais (DOUGLASS, 2011; WHITE *et al.*, 2011).

O pesquisador também foi pioneiro na defesa da RD como uma alternativa para a "tolerância zero" ou a abstinência; a RD é uma abordagem eminentemente lógica e humanística para trabalhar com usuários de substâncias que não estavam prontos para aceitar o mandato social de tornar-se abstinente de todas as substâncias, para ser reconhecido e aceito com o *status* completo de membro da comunidade. Desde o início, ele reconheceu que, muitas vezes, a abstinência como único objetivo do tratamento impedia usuários de substâncias de procurar tratamento. O seu trabalho de prevenção de recaídas foi a introdução, na filosofia da RD, de uma abordagem que havia aprendido na sua primeira visita ao Centro *Jellinek*, em Amsterdã, na Holanda (MARLATT, 1993; MARLATT, 1999; DOUGLASS, 2011; WHITE *et al.*, 2011; ROTGERS; FROMME; LARIMER, 2012).

É Marlatt quem leva para os Estados Unidos a ideia da RD como uma abordagem pragmática e humana para a diminuição dos danos, tanto individuais quanto sociais, associados a comportamentos de dependência. Reconhecendo a dignidade e os direitos humanos das pessoas, a proposta oportuniza a discussão de políticas e estratégias que visem diminuir os problemas associados ao uso de drogas e outros comportamentos de alto risco e apoia qualquer movimento rumo ao dano reduzido, compreendido como

passos na direção certa. Sem dúvida, o canadense foi essencial na integração da RD às intervenções de tratamento (DOUGLASS, 2011; WHITE *et al.*, 2011; ROTGERS; FROMME; LARIMER, 2012).

O seu trabalho mais recente na área da RD aborda um problema social preocupante, representado pela falta de moradia crônica. Em parceria com *Seattle's Downtown Emergency Service Center*, ele e seus colegas demonstraram que a provisão de habitação de apoio permanente para indivíduos sem-teto e com dependência severa de álcool, sem a exigência da abstinência ou do comparecimento ao tratamento, foi associada com redução de custos substanciais para os cofres públicos, bem como significativa diminuição no consumo de álcool. O projeto de habitação gerou considerável controvérsia na comunidade e meios de comunicação, pois permitia aos indivíduos continuar a beber em seus quartos (LARIMER *et al.*, 2009; WHITE *et al.*, 2011).

Marlatt também trabalhou em políticas e tratamentos, incluindo programas de troca de agulhas e programas que integram a meditação e a conscientização como prevenção de recaída, a fim de ajudar as pessoas com problemas graves de drogas a lidar com seus desejos e impulsos (SNYDER, 2011).

Defendeu a RD no Congresso sobre a investigação de apoio a essas abordagens, e usou outros fóruns públicos como oportunidades para divulgar resultados em apoio à mudança de política. A política pública foi um tema frequente em seus trabalhos sobre a RD. Encorajou políticos para fazer melhor uso da pesquisa disponível sobre a forma de tratar eficazmente comportamentos de dependência, para que eles pudessem fazer escolhas informadas sobre a alocação de recursos. Sua crença de que as mudanças de políticas públicas são necessárias para o avanço da utilização de intervenções de RD nos EUA foi tão sentida que ele dedicou um capítulo abrangente sobre o tema em seus textos de RD (BLUME, 2012).

Inúmeras descobertas de G. Alan Marlatt sobre a natureza da dependência e seu tratamento possibilitaram a elaboração de práticas de RD, que são conhecidas e reconhecidas. Este pesquisador fez avanços importantes nesta área, mas apontava que ainda havia muito a ser investigado. Ele viu a RD não apenas como uma alternativa para o tratamento compassivo, mas também como um método de baixo custo de atendimento, que beneficiaria muitas pessoas e famílias (BLUME, 2012).

G. Alan Marlatt nasceu em 26 de novembro de 1941, em Vancouver, Canadá, e faleceu em 14 de março de 2011, em Seattle, EUA, aos 69 anos, deixando um legado aos pesquisadores e estudiosos na área da dependência

química. Diante essa biografia acadêmica, optamos por trabalhar com esse teórico da RD e seus princípios.

3.4.2 – Redução de danos e seus princípios por G. Alan Marlatt

Sua trajetória como pesquisador no campo da dependência química possibilitou que G. Alan Marlatt (1999) elaborasse a RD em cinco princípios básicos, pressupostos e/ou valores.

- a. A RD é uma alternativa de saúde pública para modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas.
- b. A RD reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam danos.
- c. A RD surgiu principalmente como uma abordagem de “baixo para cima”.
- d. A RD promove acesso a serviços de baixa exigência como alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência.
- e. A RD baseia-se nos princípios do pragmatismo empático *versus* idealismo moralista.

Marlatt (1999) começou a se interessar pela RD após passar dois meses, em 1990, ministrando cursos sobre prevenção de recaídas a convite do diretor geral do *Jellinek*, centro de renome internacional para prevenção e tratamento de dependência e de problemas com substâncias químicas nos Países Baixos. Durante esse período em que estive na Holanda, entendeu que a RD é um manejo seguro e que pode ser aplicada a uma variedade de comportamentos de alto risco ou potencialmente de risco, para além do uso de álcool e outras drogas. É uma proposta ampliada, muito além de uma alternativa à abstinência no tratamento à dependência química e à prevenção de HIV/AIDS. O foco da RD está no comportamento seguro ou inseguro, favorável ou desfavorável, centrado no que funciona (pragmatismo) e no que ajuda (empatia e solidariedade).

Marlatt (1999) percebeu que tolerância zero associada à compaixão zero não traziam resultados na prevenção e no tratamento, explicitando a lacuna existente entre a proposta da RD e o modelo norte-americano de “guerra às drogas”. Neste contexto, a RD é um facilitador no movimento de busca contínua de maior a menores efeitos nocivos do uso de drogas. Sem excluir a abstinência, esta é considerada um ponto de ancoragem de danos mínimos e, sendo assim, qualquer movimento na direção do dano reduzido é incentivado e apoiado (MARLATT *et al.*, 1993; MARLATT; WITKIEWITZ, 2002; BLUME, 2012).

A relação com as drogas é particular a cada sujeito, com algumas aproximações e distanciamentos entre os grupos de usuários. Dentre os fatores que influenciam, podemos citar: a gravidade do uso da substância, as metas relativas ao uso de substâncias (por exemplo, os métodos mais seguros de usar, moderação ou abstinência), motivação e disponibilidade para mudança, o estado psiquiátrico, os pontos fortes e as vulnerabilidades da personalidade, e as variáveis socioeconômicas. Essa diversidade sugere a necessidade de um tratamento flexível, inclusivo e abrangente que pode atender inúmeras necessidades e desejos deste grupo diversificado de pessoas (TATARSKY; MARLATT, 2010).

A porta estava aberta para muitas pessoas que sofrem com comportamentos aditivos que procuram ajuda ou tratamento para mudar, mas que não necessariamente desejam ou não conseguem parar. Alguns estudos sugerem que muitos usuários de substâncias evitam buscar qualquer tipo de ajuda porque eles não têm a abstinência como seu objetivo. A RD é uma abordagem centrada no cliente, oferece alternativas no tratamento de comportamentos de dependência para aqueles que não se encaixam ou não têm as suas necessidades atendidas com os modelos tradicionais (WITKIEWITZ; MARLATT, 2006; TATARSKY; MARLATT, 2010; BLUME, 2012).

Marlatt aponta que a RD pode ser associada a tratamentos tradicionais, tais como internação e programas de tratamento ambulatorial. O objetivo é fornecer opções que permitam escolhas individualizadas de tratamento, ou seja, oferecer diferentes opções terapêuticas intermediárias, que provavelmente resultariam em melhor aproveitamento do tratamento, conformidade e sucesso. A opção para a terapia de RD integrada no local da internação prevê a continuidade dos cuidados, em vez de correr o risco potencial da interrupção do cuidado em caso de uma recaída ou continuidade do uso. A descontinuidade do atendimento tem sido associada a resultados pobres (BLUME, 2012).

Uma vez que a RD parte do pressuposto de que os hábitos podem ser colocados ao longo de uma linha contínua de benefício para consequências prejudiciais, a proposta é mover o indivíduo com problemas na direção dos bons hábitos. Promover qualquer movimento na direção da diminuição dos danos é vista como um progresso, mesmo se a abstinência não é atingida (MARLATT *et al.*, 1993).

Assim, a RD possibilita uma variedade ações que incluem tratamento individual clínico, prevenção de saúde pública de base populacional, programas voltados para promover a mudança ambiental e iniciativas de

políticas públicas. As técnicas de RD também podem priorizar os hábitos de consumo de menor risco, como, por exemplo, reduzir o risco de intoxicação por álcool para os estudantes universitários menores de idade. Essas ações podem, também, incluir o incentivo e a orientação ao sexo seguro, substituir a compulsão alimentar com alternativas mais saudáveis, proporcionar navalhas limpas para os sujeitos com comportamentos de automutilação, ou mesmo apoiar cinco minutos de exercício por dia (MARLATT *et al.*, 1993; TOUMBOUROU *et al.*, 2007; LOGAN; MARLATT, 2010).

A RD é também chamada de “pragmatismo compassivo” porque começa com a aceitação de que as pessoas usam drogas de diversas maneiras, e algumas destas podem representar ameaças para si e para suas comunidades. A compaixão se refere à compreensão da realidade/necessidade desses usuários, e isso permite a construção de uma relação de colaboração entre consumidores e profissionais, os quais, juntos, criam intervenções eficazes (TATARSKY; MARLATT, 2010).

A primazia da RD é o reconhecimento de que o tratamento deve começar a partir das necessidades do sujeito, de acordo com seus objetivos pessoais, e que toda mudança que reduz os danos associados com o uso da substância pode ser considerada valiosa (MARLATT; WITKIEWITZ, 2010).

Entre as várias estratégias de RD utilizadas e estudadas por diferentes pesquisadores, podemos citar: PTS, terapia de substituição de opioides, instalações de injeções seguras⁸, programas de prevenção à overdose, programas de prevenção (escolas, universidades, jovens), centros de trauma, habitação primeiro, etc. Os resultados dessas ações são positivos, apresentam benefícios aos usuários e/ou economia aos cofres públicos. São investimentos, na sua maioria de baixo custo, com resultados mais eficazes que tratamentos pautados exclusivamente na abstinência (WITKIEWITZ; MARLATT, 2006; LARIMER *et al.*, 2009; LOGAN; MARLATT, 2010; TATARSKY; MARLATT, 2010; BLUME, 2012).

A RD tem o compromisso com os direitos humanos na medida em que está empenhada em trazer um tratamento eficaz para os grupos marginalizados aos quais, tradicionalmente, têm sido negados cuidados de

⁸ Espaços, locais onde usuários de drogas injetáveis podem injetar suas próprias drogas usando o equipamento limpo com a supervisão de pessoal com formação médica.

qualidade. É uma abordagem científica na medida em que é comprometida com a descoberta e com a implementação de intervenções empiricamente suportadas. A RD está impulsionando mudanças que podem transformar o paradigma mundial sobre a compreensão de usuários de drogas, problemas com drogas, como esses problemas mudam e como os profissionais de saúde podem ajudar e facilitar nesse processo (TATARSKY; MARLATT, 2010).

Em resumo, os princípios da RD estão enraizados nos ideais do pragmatismo, humanismo, objetivos imediatos e atingíveis, e o reconhecimento de que as drogas prejudiciais e comportamentos de risco sempre foram e sempre serão uma parte da sociedade (MARLATT, 1996; MARLATT; WITKIEWITZ, 2010).

O primeiro princípio, apresentado por Marlatt (1999), no qual ele discute que a RD *é uma alternativa de saúde pública para modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas*, aborda os modelos divergentes, com base nas opiniões sobre o uso e a dependência de drogas.

Marlatt (1996) descreve que a RD se fundamenta nos princípios de saúde pública, com base popular, visto que a RD, como abordagem, é adotada na contemporaneidade pelos próprios usuários de drogas, em defesa dos seus direitos, ao exigirem troca de seringas, cuidados de saúde, etc., sem se submeterem a internamento ou abstinência.

O modelo moral/criminal tem seu foco principal nas drogas ilícitas, cujo uso e/ou distribuição é ilegal, sendo, portanto, crimes que merecem punição. Nesse sentido, as propostas de intervenção desse modelo são direcionadas para a redução da oferta. Enquanto o modelo de doenças coloca a dependência como uma questão biológico-genética que necessita de tratamento e reabilitação, cuja abordagem é focada na redução da demanda. A abstinência é um valor compartilhado por ambos os modelos, como única meta aceitável, seja para prisão ou tratamento (MARLATT, 1996). A RD tem seu foco nas consequências do comportamento e não na droga; entende que os usuários têm comportamentos de riscos, e que uma sociedade livre de drogas é improvável, portanto se apresenta como opção diferenciada em relação a esses modelos (MARLATT, 1999).

No Brasil, o SUS é regido pelos valores da universalidade, democracia e ética. Espera-se dele que seja igualitário, equitativo, solidário, humanitário, flexível culturalmente, integral. Contudo, para dar conta da saúde de todos brasileiros, necessita atualizar seus conceitos e abordagens (PAIM, 2006). Assim, parece lógico que a RD torne-se alternativa de saúde pública aos

modelos tradicionais que não estão dando conta do cuidado aos usuários de drogas.

No segundo princípio apresentado por Marlatt (1999), ele *reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam danos*. Seu posicionamento diverge, pois, do modelo moral e da doença, segundo os quais a abstinência é a única alternativa, com suas políticas de “tolerância zero”, e o uso de qualquer droga é inaceitável, sendo todas colocadas no mesmo patamar com foco na abstinência vitalícia.

A RD não é contrária à abstinência, como destaca Cruz (2003), mas a inclui como uma possibilidade entre outras. Amplia o olhar para além e estimula níveis mais moderados, onde o sujeito pode iniciar evitando alguns comportamentos de risco ao dano, como, por exemplo, o sexo desprotegido. Além disso, insere o debate dos danos causados pelas drogas lícitas, criando alternativas para auxiliar no cuidado da saúde e diminuições dos prejuízos tanto individuais quanto coletivos (MARLATT, 1999).

O terceiro princípio aponta que a RD *surgiu principalmente como uma abordagem de “baixo para cima”*. Nesse sentido, Marlatt (1999) destaca dois tópicos: a defesa do usuário de drogas e a origem das propostas serem primordialmente do âmbito local. A expressão de baixo para cima destaca a necessidade da organização política de usuários de drogas na conquista dos direitos, em consequência do vazio das propostas advindas do Estado (cima para baixo).

Retomando as origens da RD, usuários de drogas com AIDS são duplamente estigmatizados e, muitas vezes, marginalizados pela sociedade. Assim, não raro, as políticas de tratamento a essa população eram negligenciadas (MARLATT, 1996; MACHADO; BOARINI, 2013).

Inicialmente, as propostas nascem na base comunitária em defesa dos usuários. Tais propostas são advindas de quem está na recepção e na oferta de serviços, ou de organizações de UDIs, como é o caso da Holanda, com os *Junkiebond*⁹. Essas ações são inovadoras por precederem políticas públicas; muitas surgiram da realidade deficitária e da necessidade de cuidado a essa população. Em alguns países, essas intervenções foram inicialmente denegridas e criticadas pelo Estado (MARLATT, 1999; ALVES, 2009; VALÉRIO, 2010).

⁹ Liga de Dependentes ou *Junkies*, fundada em Roterdã, em 1980, e funciona como uma espécie de sindicato para usuários de drogas pesadas. Estes começaram a reivindicar acesso a serviços e cuidados de saúde e melhoria na qualidade de vida dos UDIs.

No Brasil a trajetória da RD, como relatado, surge principalmente do incentivo e do financiamento do Estado, capitaneada pela Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, que traz para a saúde pública o debate da prevenção do HIV/AIDS. O País também conta com ONGs que trabalham em defesa da RD, dentre as quais podemos citar: Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA) e Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (REDUC).

A AIDS impulsiona mudanças paradigmáticas ao longo da sua história, cujo debate sobre grupos de risco, população em geral e risco individual perderam suas fronteiras, visto que o cuidado e a abordagem preventiva necessitaram incluir nas suas proposições aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos. Não se tratava apenas de risco individual ou de ser incluído ou não no grupo de risco; trata-se de uma vulnerabilidade social. Ayres *et al* (2003) apontam que a vulnerabilidade sinaliza o potencial do dano/adoecimento na inter-relação do coletivo-individual.

A RD oportuniza o cuidado nessa inter-relação onde costumes e hábitos individuais-coletivos se encontram, e desencadeiam escolhas e comportamentos muitas vezes normatizados pelos grupos sociais (sociedade) em que se está inserido. A escolha é o encontro dialético entre o desejo de algo e o meio para alcançá-lo (AYRES, 2007; PINHEIRO, 2007).

Como quarto princípio, a RD *promove acesso a serviços de baixa exigência como alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência*. A baixa exigência se refere aos critérios de acesso aos cuidados e se propõe a ir onde está a população, com o auxílio dos próprios usuários de drogas. Busca-se a parceria entre os que oferecem o serviço e os que necessitam deste, onde a colaboração do usuário é construída baseada na capacidade dele assumir a responsabilidade de mudar comportamentos de risco e de ajudar outros a fazer o mesmo, sem o foco na abstinência e, sim, no que é possível a cada um (MARLATT, 1999). O comportamento não muda apenas com informação e vontade; tem múltiplas implicações e coerções desigualmente distribuídas entre gêneros, países, culturas, grupos étnicos, faixas etárias e segmentos sociais (AYRES *et al.*, 2003).

Outro ponto é a redução do estigma vinculado ao problema da dependência de drogas, abuso de substâncias e práticas sexuais. Após uma revisão de literatura, foi constatado que os fatores motivacionais para buscar ajuda estão vinculados a consequências problemáticas geradas pelo uso, abuso ou dependência, e/ou ainda pelo efeito prejudicial da droga. Conseqüentemente, o foco da ajuda pode ser o auxílio para resolver esses

problemas, tirando a droga do foco central da abordagem (MARLATT, 1999).

Partindo desse princípio apontado por Marlatt (1999), a proposta é de autonomia. Vem como um convite a decidir por si mesmos a respeito do seu cuidado, uso e formas de fazê-lo, se assim o desejarem. Essa proposta visa o autoconhecimento que permita ao sujeito reconhecer a sua relação com a droga.

O último princípio *baseia-se no pragmatismo empático versus idealismo moralista*. O pragmatismo empático compreende que comportamento prejudicial acontece e, com base nesse entendimento, concentra-se no que é possível fazer para reduzir o dano e o sofrimento de todos envolvidos, desde a ordem privada até a coletiva. Marlatt (1999) cita que o pragmatismo tem a função de mediador e reconciliador, oportunizando a flexibilização das teorias. Portanto, não se preocupa com a questão moral de certo ou errado; põe seu foco em questões cotidianas de práticas pautadas na realidade do sujeito cuja validade é avaliada em resultados práticos.

O idealismo moralista acredita ingenuamente na construção de uma sociedade sem drogas, e entende que as propostas de RD podem passar uma ideia de convivência com a droga ou que pode promover ou incentivar o seu uso. A RD entende e aceita que alguns usuários continuarão fazendo uso da droga, sem que isso signifique ser conivente ou incentivar esses comportamentos. Nas suas práticas, a RD questiona a relação de cada um com a substância, quais os verdadeiros prejuízos com o uso e busca compreender ao invés de rotular (MARLATT, 1999). Essa compreensão acaba por gerar resistência à proposta da RD (CRUZ, 2006).

Os princípios propostos por G. Alan Marlatt conseguem organizar a proposta da RD sem perder a amplitude dessa estratégia. Os cinco tópicos conseguem fazer a conexão entre a abordagem atual à droga, aceita a abstinência, mas não a exige, resgata a cidadania do usuário e o coloca como sujeito ativo desse processo. A seleção desses princípios para análise de ações, políticas e pesquisas permitem uma avaliação de tendências desta abordagem sobre as drogas de forma ampla e pragmática.

Apesar dos avanços institucionais da RD, sua legitimação como estratégia de saúde pública carece, ainda, de efetividade. A adoção dessa estratégia oportunizaria o resgate da cidadania e a promoção da saúde e dos direitos humanos. O debate precisa ser ampliado para além da prevenção de doenças e assistência, e incluir questões sociais como violência, exclusão e preconceito em relação ao usuário de drogas (MACHADO; BOARINI, 2013).

Internacionalmente a RD é reconhecida como estratégia de saúde pública principalmente direcionada aos UDIs. No Brasil, a RD é uma política, mas a sua prática na saúde pública coletiva parece estar fragmentada e direcionada apenas a algumas necessidades programáticas de saúde. Essa estratégia oportuniza a integralidade do cuidado e a reflexão dos diferentes contextos e interesses divergentes. Sua proposta potencializa a saúde e casa com os princípios universais do SUS.

4. METODOLOGIA

A ciência como forma de conhecimento busca dar respostas aos problemas vinculados ao desenvolvimento humano e social. Para alcançar tal intento, a metodologia torna-se uma linguagem universal alicerçada em conceitos, métodos e técnicas para descrever e compreender os fenômenos, as relações e o mundo, numa elocução compreensível a todos. Assim, permite a troca de conhecimento e críticas, dando cientificidade às atividades de pesquisa (MINAYO, 2013).

O presente estudo é uma revisão sistemática, dando uma abordagem qualitativa aos dados pesquisados. Os métodos qualitativos podem conectar a evidência científica à prática cotidiana, ou seja, possibilitam uma compreensão ampliada sobre a dinâmica psicossocial e cultural, e podem lançar pistas para novos aspectos do tema. Trata-se de um trabalho planejado, com métodos explícitos e sistematizados, e direcionado a responder a uma pergunta de pesquisa objetiva sobre determinado tema (ATALLAH; CASTRO, 1997; MUÑOZ *et al.*, 2002; ESPÍNDOLA; BLAY, 2006; ROTHER, 2007; LOPES; FRACOLI, 2008).

A descrição detalhada de cada etapa da pesquisa é importante para esta metodologia. Assim, este tópico foi dividido em três partes, conforme se desenvolveu o estudo. Primeiramente, o delineamento teórico metodológico descreve e justifica as bases teóricas desta tese. Segundo, a seleção e a análise procuram descrever detalhadamente as estratégias adotadas para responder ao primeiro objetivo da pesquisa. E a análise dos princípios apresenta a opção metodológica feita pela pesquisadora para dar conta do segundo objetivo deste estudo.

4.1- DELINEAMENTO TEÓRICO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Os materiais de análise deste estudo associam dois tipos de informações importantes para o tema. São eles: (a) análise dos artigos de seis revistas de referência para a área da Saúde Coletiva, sendo três de origem nacional e três internacionais; (b) estudo dos princípios de RD descritos por Marlatt (1999) nos artigos selecionados.

A seleção de periódicos da Saúde Coletiva se justifica por este campo de saber ser âmbito de práticas interdisciplinares por excelência. Paim (2006) destaca que a Saúde Coletiva é resultado de diferentes perspectivas que perpassam a saúde pública, tornando-a um campo aberto para novos

paradigmas. Portanto, a disseminação científica nesta área reconceitualiza as necessidades sociais de saúde resultantes da associação da realidade com a teoria. Sendo a RD uma proposta inovadora, que emerge do desafio da abordagem às drogas e seus danos, o debate na Saúde Coletiva pode potencializar saberes e práticas com estratégias diferenciadas que atendam às exigências dos novos tempos.

A opção de pesquisa direcionada a seis periódicos, divididos igualmente entre nacionais e internacionais, objetivou a análise das publicações dentro do campo da Saúde Coletiva no Brasil e no mundo. Sendo a RD uma abordagem reconhecida mundialmente, é importante identificar como ocorreram os debates sobre a RD nesses periódicos, ao longo do tempo, nesta área de saber.

Para a análise dos artigos selecionados, os cinco princípios propostos por Marlatt (1999) foram organizados em categorias: (a) RD é uma alternativa de saúde pública para modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas; (b) a RD reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam danos; (c) a RD surgiu, principalmente, como uma abordagem de “baixo para cima”; (d) a RD promove acesso a serviços de baixa exigência como alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência; e) a RD baseia-se nos princípios do pragmatismo empático *versus* o idealismo moralista.

4.2 - SELEÇÃO E ANÁLISE DE ARTIGOS DE REVISTAS CIENTÍFICAS

A estratégia metodológica adotada para alcançar os objetivos deste estudo foi a revisão sistemática. A revisão sistemática constitui um tipo de investigação científica que objetiva reunir, avaliar criticamente e conduzir uma síntese de múltiplos estudos primários (CORDEIRO *et al.*, 2007). Dessa forma, é possível identificar, selecionar e avaliar as pesquisas relevantes, que são incluídas na revisão.

O estudo inicia com a elaboração de uma questão de pesquisa, que serve como base para organizar os procedimentos sistemáticos e explícitos da busca. O intuito é identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, realizadas por diversos grupos em momentos e locais diferentes. Possibilita assim a geração de evidências científicas que dão subsídios para várias ações na Saúde Coletiva, de acordo com o questionamento inicial da pesquisa (MUÑOZ *et al.*, 2002).

Os documentos selecionados para este trabalho são as publicações em periódicos *online* que discutam sobre RD. A *Internet* tornou-se parte da vida das pessoas e uma valiosa fonte para prática de evidência devido à sua constante atualização e fácil acesso (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003; FLICK, 2009). No entanto, a disponibilidade dessa ferramenta necessita de critérios para avaliar a qualidade para a busca de evidências, haja vista as numerosas fontes de informação. Assim, recomenda-se a utilização de *sites* vinculados a universidades, agências governamentais e revistas científicas (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

As bases de dados selecionadas para busca devem ser ao mesmo tempo amplas e específicas para o tema em questão, no intuito de alcançar o maior número possível de publicações existentes na área. Além disso, indica-se utilizar pelo menos duas bases de dados eletrônicas para acessar os documentos relevantes para o objetivo de estudo. Após esta escolha, é necessário selecionar os descritores, palavras-chave e/ou conjunto de palavras e suas combinações, que serão utilizadas na pesquisa dentro das bases para a captação das publicações existentes. Para cada uma das fontes utilizadas, o método deve ser detalhado, para futuras reproduções e/ou atualização da pesquisa (ATALLAH; CASTRO, 1997; MUÑOZ *et al.*, 2002).

Considerando os objetivos desta tese, optou-se por limitar a busca em seis periódicos de referência para a Saúde Coletiva, divididos igualmente entre nacionais e internacionais. Para seleção dos periódicos foram utilizados três critérios: (a) objetivo do periódico direcionado para a área da Saúde Coletiva, (b) classificação do periódico na WebQualis do Portal CAPES para a área de Saúde Coletiva e (c) fator de impacto da revista.

A seleção dos periódicos nacionais que apresentou o maior número de artigos sobre RD são, também, referência para a área da Saúde Coletiva. Diferentemente, nos periódicos internacionais, o maior número de artigos sobre o tema está publicado em áreas afins à Saúde Coletiva, o que atribuiu aos critérios previamente estabelecidos grande importância para a seleção final dos periódicos a serem investigados.

Os critérios foram associados para auxiliar na seleção dos periódicos internacionais com escopo semelhante aos nacionais. O sistema WebQualis, é vinculado à CAPES e se refere a uma classificação dos veículos de divulgação da produção científica, por área do conhecimento. O Fator de Impacto (FI) dos periódicos foi consultado no *Journal Citation Reports*

(JCR), direcionado para publicações de Saúde Pública¹⁰. O JCR oferece um meio sistemático e objetivo de avaliar criticamente importantes revistas do mundo, com informações quantificáveis e estatísticas com base em dados de citação, ou seja, uma medida que reflete o número médio de citações de artigos científicos publicados em determinado periódico, frequentemente utilizado para avaliar a importância de um dado periódico em sua área. Os FI consultados são referentes ao ano de 2012.

Também foi realizada busca interna nos periódicos elencados com escopo direcionado para a Saúde Coletiva/Pública para averiguar se haviam publicações sobre RD, para tal foi utilizado o descritor "*Harm Reduction*". O objetivo desta busca foi de realizar a pesquisa em periódicos com artigos que debatessem o tema ao longo do tempo, desde o início da proposta da RD até hoje. O resultado final está apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Classificação dos 6 (seis) periódicos selecionados para análise

PERIÓDICO	Qualis CAPES Saúde Coletiva	FI	Escopo do periódico
1. Cadernos de Saúde Pública (CSP)	A2	0.826	Publicar artigos originais que contribuam para o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins, como epidemiologia, nutrição, parasitologia, ecologia e controles de vetores, saúde ambiental, políticas públicas e planejamento em saúde, ciências sociais aplicadas à saúde, dentre outras.
2. Ciência & Saúde	B1	0.4416 ¹¹	Publicar debates, análises e resultados de investigações sobre

¹⁰ <http://admin-apps.webofknowledge.com/JCR/JCR>

¹¹Fator de impacto consultado no link da SciELO para esta revista, pois a mesma não consta do JCR. Link: http://statbiblio.scielo.org//stat_biblio/index.php?state=05&lang=pt&country=scl&issn=1413-8123&CITED%5B%5D=1413-8123&YNG%5B%5D=2012&YNG%5B%5D=2011

Coletiva (CSC)			temas considerados relevantes para a Saúde Coletiva.
3. Revista Saúde Pública (RSP)	A2	1.066	Publicar contribuições científicas originais sobre temas relevantes para a saúde pública em geral.
4. American Journal of Public Health (AJPH)	A1	3.930	Dedica-se à publicação de trabalhos originais de investigação, métodos de pesquisa e avaliação de programas na área da saúde pública.
5. Preventive Medicine (PM)	A1	3.496	Fornecer pronta publicação de artigos originais sobre a ciência e a prática da prevenção de doenças, promoção da saúde, e de formulação de políticas de saúde pública.
6. Health Place (HP)	A2	2.419	Trata-se de uma revista interdisciplinar dedicada ao estudo de todos os aspectos de saúde e cuidados de saúde com ênfase na localização. Nos últimos anos temos visto laços mais estreitos em evolução entre a geografia médica, sociologia médica, política de saúde, saúde pública e epidemiologia.

Após a classificação final dos periódicos, foram elaboradas diferentes estratégias de busca para bases nacionais e internacionais. A pesquisa dos artigos com publicação sobre RD ocorreu no período de maio a junho de 2014. Para os periódicos nacionais foram utilizadas as bases de dados SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e LILACS, utilizando as palavras-chave “redução” e “dano” vinculado ao descritor “redução do dano”. Essa estratégia foi adotada para ampliar o resultado e incluir os artigos que não utilizaram o descritor, mas palavra-chave. Na busca internacional, foram utilizadas duas bases para as buscas, PUBMED e *Web of Science*. A escolha dessas duas ocorreu devido à indexação dos periódicos selecionados nas bases de pesquisa. Para o PUBMED foi utilizado o descritor "*Harm*

*Reduction*¹² também vinculado aos termos “*Harm*” e “*Minimization*” ou “*Reduction*” em todos os campos; para a base de busca *Web of Science*, foram utilizados apenas os termos “*Harm*” e “*Minimization*” ou “*Reduction*”. As estratégias utilizadas em cada base e revistas estão apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Estratégias de busca nas bases consultadas

PERIÓDICO	BASE DE CONSULTA	ESTRATÉGIA
CSP	BVS	(ta:(cadernos de saúde pública)) AND (tw:(redução)) AND (tw:(dano\$))
	SciELO ¹³	redução [All indexes] and dano\$ [All indexes]
	LILACS	((redução AND dano\$) OR mh:("Redução do Dano")) AND (ta:(cadernos de saúde pública) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS")))
CSC	BVS	(ta:(Ciência Saúde Coletiva)) AND (tw:(redução)) AND (tw:(dano\$))
	SciELO ¹⁴	redução [All indexes] and dano\$ [All indexes]
	LILACS	((redução AND dano\$) OR mh:("Redução do Dano")) AND (ta:(ciência & Saúde Coletiva)) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS"))
	BVS	(ta:(revista de saúde pública)) AND (tw:(redução)) AND (tw:(dano\$))

¹²O descritor foi introduzido apenas em 2003, segundo o PUBMED.

¹³ Link do periódico dentro da Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0102-311X&lng=en&nrm=iso

¹⁴ Link do periódico dentro da Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1413-8123&lng=en&nrm=iso

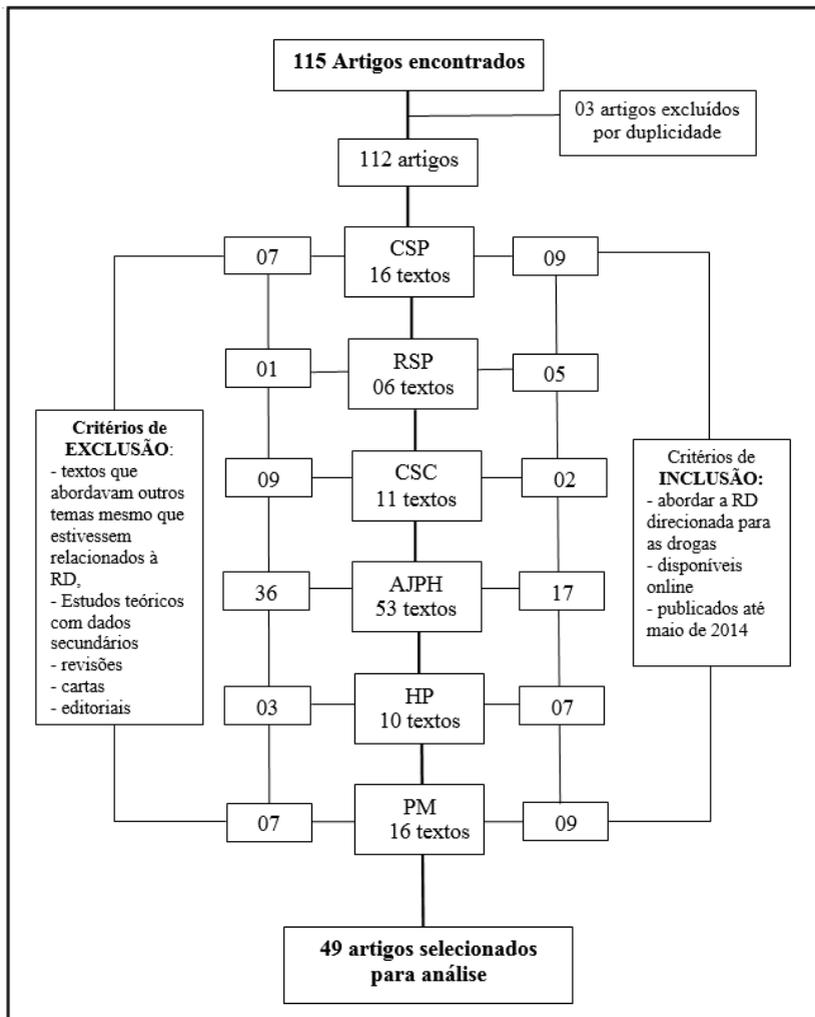
RSP	SciELO ¹⁵	redução [Todos os índices] and dano\$ [Todos os índices]
	LILACS	((redução AND dano\$) OR mh:("Redução do Dano")) AND (ta:(revista de saúde pública)) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS"))
AJPH	PUBMED	((("Harm Reduction"[Mesh] OR (harm[All Fields] AND (Minimization[All Fields] OR reduction[All Fields]))) AND "American journal of public health"[Journal])
	<i>Web of Science</i>	Nome da publicação: (AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH) AND Tópico: (Harm Reduction OR (harm AND (Minimization OR reduction)))
PM	PUBMED	((("Harm Reduction"[Mesh] OR (harm[All Fields] AND (Minimization[All Fields] OR reduction[All Fields]))) AND "Preventive medicine"[Journal])
	<i>Web of Science</i>	Nome da publicação: (PREVENTIVE MEDICINE) AND Tópico: (Harm Reduction OR (harm AND (Minimization OR reduction)))
HP	PUBMED	((("Harm Reduction"[Mesh] OR (harm[All Fields] AND (Minimization[All Fields] OR reduction[All Fields]))) AND "Health & place"[Journal])
	<i>Web of Science</i>	Nome da publicação: (HEALTH PLACE) AND Tópico: (Harm Reduction OR (harm AND (Minimization OR reduction)))

¹⁵ Link do periódico dentro da SciELO: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0034-8910&lng=en&nrm=iso

Os critérios de seleção dos textos, *a priori*, foram: para a inclusão do artigo no estudo o debate deveria abordar a RD direcionada às drogas, que estivesse disponível *online* e ter sido publicado até maio de 2014. Critérios de exclusão: textos que abordavam outros temas mesmo que estivessem relacionados à RD, revisão (sistemática, literatura, documental, etc.), artigos com discussões teóricas (dados secundários), cartas e editoriais. A busca e a seleção dos artigos incluídos na revisão foram realizadas por dois revisores de forma independente.

Após a busca nos periódicos foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos artigos para a primeira triagem. Para os textos que não apresentaram a discussão de RD nesta primeira etapa, foi realizada uma busca com as palavras: ‘redução’, ‘dano’, ‘redução de dano’ nas publicações em português; e ‘*harm*’, ‘*reduction*’, ‘*harm reduction*’ nas publicações em inglês; o intuito desta estratégia era verificar se ao longo do texto ou nas referências a RD apareceria. Na Figura 1 estão apresentados os resultados vinculados aos critérios de inclusão e exclusão deste trabalho.

Figura 1 – Revisão sistemática sobre RD em periódicos nacionais e internacionais.



Os textos excluídos abordavam: acidente de carro, mamografia/rastreamento, ética na pesquisa, violência, catarata, homens que fazem sexo com homens (HSH), não abordavam a RD, CAPS, padrão de adoecimento brasileiro, genética, poluição, morte prematura de pais tabagistas, fora do período analisado, transmissão sexual, moradores de rua,

arma de fogo, *bulling*, sem acesso *online*; revisão (sistemática, literatura, documental, etc.), artigos com discussões teóricas (dados secundários), as cartas e os editoriais abordaram RD direcionado à droga. Dois artigos da AJPH foram excluídos, pois apesar do conteúdo ser afim com a discussão teórica realizada pela RD, eles não fizeram nenhuma referência a este embasamento teórico.

Os 49 artigos incluídos foram lidos na íntegra, para tabulação foram ordenados pelas seguintes categorias bibliométricas:

- Autores: foram incluídos todos os autores na análise e a formação do 1º autor. Nas publicações em que a formação dos autores não foi identificada, foram classificados como ignorados.
- Ano da publicação
- Sujeitos da pesquisa: o público-alvo da pesquisa, incluindo sexo e faixa etária. Nas publicações que não descreveram público, sexo e idade, os sujeitos da pesquisa foram classificados como ignorados.
- Enfoque metodológico: os estudos foram considerados quantitativos, quando envolviam inferências estatísticas em estudos epidemiológicos; qualitativos, quando buscavam valores, crenças, representações e opiniões, no intuito de compreender as relações e as atividades humanas, tanto coletivas quanto individuais; e quali-quantitativos, quando apresentavam a associação entre ambos, utilizando-os de maneira complementar conforme os conceitos de Minayo e Sanches (1993).
- Droga: a substância debatida no artigo. Foram encontrados debates sobre álcool, drogas, maconha, tabaco, metadona e uso de droga injetável. Alguns estudos abordaram mais de uma dessas, sendo categorizados nas duas drogas em questão. A categoria ‘drogas’ refere-se ao debate do tema ampliado, sem direcionar a uma substância específica. A categoria ‘uso de droga injetável’ foi assim denominada, pois os textos não explicitaram a substância. No Brasil, a cocaína é a droga mais utilizada nesta modalidade de consumo e, no âmbito internacional, os opioides continuam sendo a droga ilícita mais consumida (MESQUITA; BASTOS, 1994; NIEL; SILVEIRA, 2008; UNODC, 2014).
- País: o país de origem do estudo. Os artigos com mais de um país foram agrupados na categoria ‘Multicêntrico’. Os textos com estudos de um mesmo país com a inclusão de mais de um estado foram classificados com o nome do país e multicêntrico, por exemplo, ‘Brasil/multicêntrico’.

- Idioma: língua em que o artigo foi publicado.
- Descritores ou palavras-chave
- Publicações dos periódicos: classificados como Nacionais e Internacionais, segundo a origem da revista.

Os textos foram tabulados no Excel conforme suas características bibliométricas e apresentados no Anexo 1. Após a leitura, os textos foram organizados no Excel, nos seguintes tópicos: objetivo do artigo, descritores ou palavras-chave, reflexões e discussões suscitadas no pesquisador após a leitura do artigo e conclusões dos textos.

O resultado e a discussão das características dos artigos foram organizados e categorizados conforme a droga discutida no intuito de identificar os debates sobre RD direcionados às substâncias.

O software *EndNote* (Thomson Reuters; <http://www.endnote.com>) foi utilizado para organizar as referências bibliográficas.

O resultado deste levantamento será apresentado no artigo 1, intitulado *Revisão Sistemática sobre Redução de Danos: a produção científica em saúde coletiva*, referente ao primeiro objetivo desta tese: identificar as características das publicações sobre a RD na abordagem às drogas nos periódicos nacionais e internacionais na área da Saúde Coletiva.

4.3 - ANÁLISE DOS PRINCÍPIOS DA REDUÇÃO DE DANOS

Para a análise dos princípios da RD, descritos na literatura por Marlatt (1999), nas publicações nacionais e internacionais da área de Saúde Coletiva foi realizada uma metassíntese.

Essa estratégia metodológica emergente nas ciências da saúde permite a síntese de resultados de estudos primários, e valoriza a evidência científica dos estudos qualitativos. Os resultados desses estudos se destacam, pois permitem explorar e interpretar experiências que ajudam na compreensão dos fenômenos humanos (LOPES; FRACOLI, 2008; MATHEUS, 2009; SOUSA; BRANCO, 2013).

A metassíntese, por meio da combinação de estudos qualitativos semelhantes, permite uma nova análise desse conjunto de dados e métodos analíticos. Pode-se dizer que é uma integração interpretativa de achados qualitativos (PATERSON *et al.*, 2001; MATHEUS, 2009). O objetivo é uma exploração minuciosa de teoria, métodos e resultados obtidos por estudos que utilizaram a abordagem metodológica qualitativa (ESPÍNDOLA; BLAY, 2006). O resultado possibilita a generalização dos achados e a utilização na

prática, ou seja, permite determinar as melhores práticas, maximizar e aplicar os melhores resultados em tempo mais curto com os menores custos possíveis (MATHEUS, 2009; SOUSA; BRANCO, 2013).

Entre os critérios de seleção dos estudos, Sousa e Branco (2013) sugerem que os estudos devem utilizar métodos qualitativos rigorosos e os resultados devem ser sustentados por fontes primárias. Além disso, é aconselhado que a amostra não contenha mais que dez artigos, visto que uma amostra demasiado grande pode dificultar a análise e comprometer a validade das conclusões. Para isso, deve-se definir uma estratégia de amostragem intencional, para fixar os limites.

A metassíntese possibilita a comparação, a tradução e a análise dos dados originais que resultam em novas interpretações e alcançam um nível de compreensão teórica mais aprofundado. Não se trata, pois, de um resumo com características desvinculadas do evento, mas a integração dos dados em uma análise aprofundada, que considera importante a similaridade e a diferença na linguagem, nos conceitos, nas imagens e noutras ideias em torno de determinado tema (LOPES; FRACOLI, 2008; MATHEUS, 2009).

Assim, a metassíntese fortalece o papel de estudos qualitativos nas pesquisas clínicas de saúde, melhora a aplicabilidade prática dos resultados, fundamenta teorias, ações e políticas de saúde (MATHEUS, 2009).

A metassíntese, neste estudo, vai analisar os estudos primários qualitativos encontrados nesta pesquisa. A busca foi orientada pela pergunta: Como os princípios da RD, propostos por Marlatt (1999), se apresentam nas publicações nacionais e internacionais na área da Saúde Coletiva?

A partir dos 83 artigos selecionados nesta pesquisa, para se adequar à metassíntese, foram excluídos todos os estudos quantitativos, quali-quantitativos, revisões (sistemáticas, literatura, documental) e os que não descreveram a metodologia. No intuito de adequar a proposta metodológica de não ultrapassar os dez artigos, foi realizada a categorização dos princípios da RD nos treze artigos selecionados nesta etapa. Para esta análise foi elaborado uma Matriz de Categorização com tópicos-chave de cada princípio, pautada na teoria proposta por Marlatt (1999), apresentada no Quadro 3.

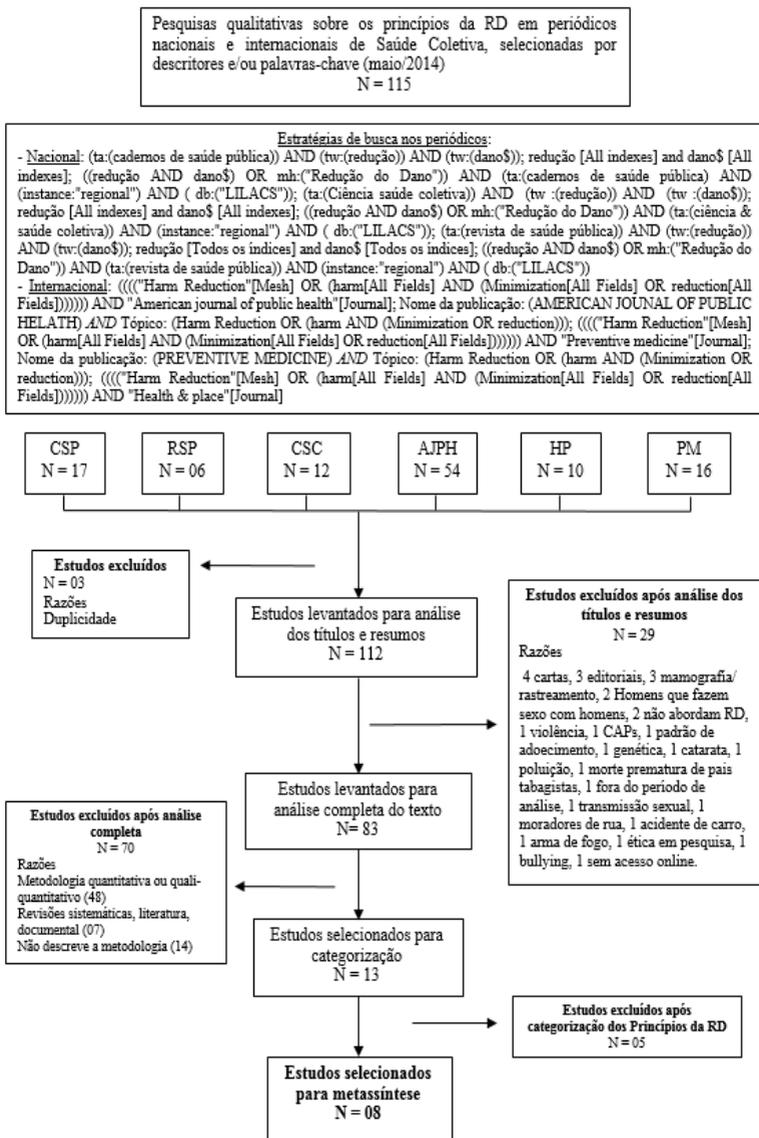
Quadro 3 – Matriz de Categorização dos Princípios da RD

Princípio Marlatt	Tópicos de Inclusão
<i>(1) RD é uma alternativa de saúde pública para modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • É uma alternativa de saúde pública. • É uma alternativa para os modelos moral/criminal e de doença. • Discute os modelos divergentes. • Foca nas consequências do comportamento e não na droga.
<i>(2) a RD reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam danos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhece a abstinência como um ponto final ao longo de uma trajetória. • Aceita alternativas que reduzam danos. • Estimula um nível mais moderado do uso. • Evita alguns comportamentos de risco. • Inclui as drogas lícitas.
<i>(3) a RD surgiu principalmente como uma abordagem de “baixo para cima”</i>	<ul style="list-style-type: none"> • É baseada na defesa do usuário. • Pressupõe propostas do âmbito local, dos serviços. • Tem base comunitária - organização política de usuários de drogas.
<i>(4) a RD promove acesso a serviços de baixa exigência como alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Promove acesso a serviços de baixa exigência. • Promove acesso aos cuidados. • Vai onde está a população. • Promove parceria entre os que oferecem o serviço e os que necessitam dele necessitam. • A colaboração do usuário é construída na sua capacidade de assumir a responsabilidade de mudar comportamentos de risco e de ajudar outros a fazerem o mesmo. • Respeita o que é possível a cada um. • Reduz o estigma associado a problemas com a droga. • Fortalece o sujeito para enfrentar adversidades e frustrações. • Promove a saúde de forma integrada ao estilo de vida. • Promove a autonomia.

	<ul style="list-style-type: none"> • Permite o autoconhecimento na relação com a droga.
<p><i>(5) a RD baseia-se nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Baseia-se no pragmatismo empático versus idealismo moralista. • O pragmatismo empático compreende que comportamento prejudicial acontece; foca no que é possível fazer, tanto na ordem privada como na coletiva. • Os fatores motivacionais são voltados para as consequências problemáticas geradas. • Não se preocupa com a questão moral. • É direcionada para questões cotidianas de práticas pautadas na realidade do sujeito e nos resultados práticos. • Aceita que alguns vão continuar fazendo uso, sem ser conivente ou incentivar esses comportamentos. • Busca compreender ao invés de rotular. • O idealismo moralista busca uma sociedade sem drogas; as propostas de RD são interpretadas como conivência ou promoção do uso de drogas.

Os textos foram lidos na íntegra e categorizados em um ou mais princípios da RD, conforme os resultados, discussão e conclusão que remetessem aos tópicos da matriz. Para esta análise foram incluídos os artigos que abordaram três ou mais princípios, e excluídos os que tiveram um ou dois princípios no debate. Após a categorização, os artigos incluídos nesta análise foram oito, a Figura 2 apresenta a estratégia de busca e seleção dos artigos.

Figura 2 – Síntese do processo de obtenção dos artigos selecionados para metassíntese



Os textos foram analisados a partir dos pressupostos teóricos – meta-teoria, meta-método e meta-análise do estudo. A meta-teoria faz a análise dos problemas, conceitos e teorias que levaram os pesquisadores a explorarem determinadas questões. No meta-método, são analisadas as metodologias adotadas bem como seu impacto no objetivo do estudo. Na meta-análise faz-se a reinterpretação dos dados conjuntos dos estudos selecionados (SPADACIO *et al.*, 2010; CASTELLANOS *et al.*, 2011; SOUSA; BRANCO, 2013). Assim, após essas sínteses parciais do estudo, foi elaborada uma síntese final discutindo a RD e seus princípios sob a perspectiva proposta por Marlatt (1999).

O resultado dessa análise será apresentado no artigo 2, intitulado *Análise dos Princípios da Redução de Danos na Produção Científica da Saúde Coletiva*, referente ao segundo objetivo desta tese: analisar como os princípios da RD, descritos na literatura por Marlatt (1999), se apresentam nas publicações nacionais e internacionais da área de Saúde Coletiva.

5. RESULTADOS

Os resultados são apresentados no formato de dois artigos científicos. O primeiro, “*Revisão Sistemática sobre Redução de Danos: a produção científica em saúde coletiva*”, será submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública¹⁶, Qualis B2. O segundo artigo, “*Análise dos Princípios da Redução de Danos na Produção Científica da Saúde Coletiva*”, será submetido ao periódico Revista de Saúde Pública¹⁷, Qualis A2.

¹⁶As instruções aos autores com as normas de submissão desta revista encontram-se no link: <http://www4.ensp.fiocruz.br/csp/>

¹⁷As instruções aos autores com as normas de submissão desta revista encontram-se no link: http://www.rsp.fsp.usp.br/mensagem/pub/mensagem.php?tipo=0&id_mensagem=custom_instrucoes

ARTIGO 1 – REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE REDUÇÃO DE DANOS: A PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE COLETIVA

Revisão Sistemática sobre Redução de Danos: a produção científica em saúde coletiva

Systematic Review of Harm Reduction: Scientific Production in Public Health

Revisión Sistemática de la Reducción de Daños: Producción Científica en Salud Pública

RESUMO

Objetivo: Identificar a característica das publicações nacionais e internacionais na área da Saúde Coletiva sobre Redução de Danos (RD).

Métodos: Trata-se de uma revisão sistemática, em periódicos nacionais e internacionais que publicaram textos sobre RD direcionados ao tema droga, disponíveis *online*, nas bases: SciELO, BVS, LILACS, PUBMED e *Web of Science*.

Resultados: Foram selecionados 49 artigos que abordam o debate da RD direcionado à droga, sendo o maior número de publicações encontrados em periódicos internacionais. A maioria foi direcionada ao uso de droga injetável, mas também foram encontradas discussões sobre o álcool, a metadona, drogas (sem especificação) e tabaco. As publicações nacionais e internacionais têm características diferentes devido a diversos fatores, entre eles: contexto sociocultural, econômico, epidemiologia do uso da droga e políticas públicas.

Conclusões: As publicações sobre a RD refletem o contexto social e político dos diferentes países. Houve avanços no debate da RD, mas também entraves diante da hegemonia das propostas proibicionistas que geram embates e desconfiança com as propostas da RD. O debate da RD precisa ser ampliado e adequado à verdadeira necessidade da Saúde Coletiva.

PALAVRAS-CHAVE: redução do dano, Saúde Coletiva, usuário de drogas, revisão sistemática.

ABSTRACT

Objective: To identify the characteristic of national and international publications in the field of Public Health on HR.

Methods: This is a systematic review of published texts on national and international journals on HR targeted drugs, available *online*, on SciELO, VHL, LILACS, PUBMED, and Web of Science database.

Results: We selected 49 articles that discuss the debate DR targeted drugs, most of them international journals. Most were directed to the use of injecting drugs, but were also found discussions on alcohol, methadone, drugs (without specification) and tobacco. National and international publications have different characteristics due to several factors, including: social, cultural and economical context, drug epidemiology and public politics.

Conclusions: Publications on HR reflect the social and political context of different countries. Progress was made in the discussion of HR, but there were also barriers due to the hegemony of prohibition proposals that generate conflicts and distrust with the proposals of HR. The discussion of harm reduction needs to be expanded and adapted to the real need of public health.

KEY WORDS: Harm reduction, public health, drug users

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características de las publicaciones nacionales e internacionales en el campo de la Salud Pública en la Reducción de daños.

Métodos: Se trata de una revisión sistemática en revistas nacionales e internacionales que han publicado textos sobre reducción de daños relacionados al uso de drogas, disponibles en la internet, en los sites de: SciELO, BVS, LILACS, PubMed y Web of Science.

Resultados: Se seleccionaron 49 artículos que tratan sobre el debate de la reducción de daños asociado al uso de drogas, siendo el mayor número de publicaciones realizado en revistas internacionales. La mayoría fueron dirigidas al uso de las drogas inyectables, pero también se encontraron discusiones sobre bebidas alcohólicas, metadona, drogas y tabaco. Las publicaciones nacionales e internacionales tienen diferentes características, debido a varios factores, entre ellos: la epidemiología del uso de las drogas, económica, sociocultural y políticos.

Conclusiones: Las publicaciones sobre Reducción de daños reflejan el contexto social y político de los diferentes países. Se avanzó en la discusión sobre la reducción de daños, pero también hay barreras frente a la hegemonía de las propuestas prohibicionistas que generan conflictos y desconfianza con las propuestas de reducción de daños. El debate sobre la reducción de daños necesita ser ampliada, y adecuada a la verdadera necesidad de la salud pública.

PALABRAS CLAVE: reducción de daños, salud pública, consumidores de drogas, revisión sistemática.

INTRODUÇÃO

Com crescente importância no campo da Saúde Coletiva,¹ a discussão da Redução de Danos (RD) está inserida no amplo contexto que envolve as drogas e seu uso abusivo e prejudicial, enfrentando as estratégias proibicionistas e os modelos de atenção pautados exclusivamente na abstinência. Urge, pois, a implementação de políticas e ações que se fortaleçam e se efetivem, não no interesse de poucos e fundamentadas apenas em questões ideológicas, mas a partir das necessidades reais da sociedade.

Uma abordagem universal na área da saúde, a RD foi impulsionada pelo advento do vírus HIV. A vulnerabilidade entre os usuários de drogas injetáveis (UDIs) frente à doença trouxe a necessidade de discutir essa realidade. A Saúde Coletiva, ao abordar a saúde como um fenômeno social, associada à RD, que desestabilizou antigos paradigmas relacionados à abordagem à droga, pode potencializar saberes e práticas com estratégias diferenciadas que atendam às exigências dos novos tempos.²⁻⁷

A RD é uma estratégia que se propõe a refletir, elaborar ações e políticas públicas de forma ampliada, para além da lógica da abstinência. É uma abordagem pragmática e humana para a diminuição dos danos, que oportuniza o resgate da cidadania, de oferta de saúde e acesso aos serviços para a população de usuários de drogas. Dessa forma, ela abre espaço para alternativas, como proposta que tenta flexibilizar limites e busca preencher a lacuna deixada pela medicina e Saúde Pública/Coletiva. O objetivo principal da abordagem é atender aos indivíduos e/ou às comunidades onde as pessoas se encontram, sem ignorar os comportamentos nocivos, tampouco condená-los. O trabalho é focado na minimização dos efeitos nocivos de um determinado comportamento.^{3-5; 8-10}

Assim, a RD foi reconhecida como estratégia de Saúde Coletiva voltada a usuários de drogas, com foco em ajudá-los a permanecer vivos e saudáveis, e é utilizada como abordagem aos problemas com as drogas em diversos países como Brasil, Canadá, Austrália e Estados Unidos.^{8, 11, 12}

As intervenções e políticas de RD são, em geral, formuladas e direcionadas a atender a demanda do indivíduo e/ou da comunidade. Não há um modelo padrão, visto que as intervenções estão de acordo com a realidade atendida. Existem algumas experiências e estudos que as colocam como efetivas e de baixo custo.^{5, 13, 14}

Considera-se relevante conhecer as discussões de RD no Brasil e no mundo por tratar-se de um saber que oferece um panorama de como essas práticas vêm acontecendo, quais as abordagens e o impacto delas na saúde e

na sociedade. Diante desse cenário, o objetivo deste trabalho é: *identificar as características das publicações sobre a RD na abordagem às drogas nos periódicos nacionais e internacionais na área da Saúde Coletiva.*

METODOLOGIA

A estratégia metodológica adotada para alcançar os objetivos deste estudo foi a revisão sistemática, que constitui um tipo de investigação científica que objetiva reunir, avaliar criticamente e conduzir uma síntese de múltiplos estudos primários.¹⁵ Dessa forma, é possível identificar, selecionar e avaliar as pesquisas relevantes sobre o tema, que são incluídas na revisão.

Os documentos selecionados foram as publicações em periódicos da área da Saúde Coletiva, *online*, que abordaram a RD direcionado ao consumo de álcool e outras drogas.

A seleção dos periódicos direcionada para a Saúde Coletiva se justifica por este campo de saber ser âmbito de práticas interdisciplinares por excelência. Também por ser uma área resultante de diferentes perspectivas que perpassam a saúde pública, e a torna um espaço aberto para discutir e incorporar novos paradigmas. Assim, a disseminação científica nesta área reconceitualiza as necessidades sociais de saúde resultante da associação da realidade com a teoria.⁶

Para seleção dos periódicos foram utilizados três critérios: (a) objetivo do periódico direcionado para a área da Saúde Coletiva, (b) classificação do periódico na WebQualis do Portal CAPES para a área de Saúde Coletiva e (c) fator de impacto da revista.

A seleção dos periódicos nacionais que apresentou o maior número de artigos sobre RD também é referência para a área da Saúde Coletiva. Difere dos periódicos internacionais, onde o maior número de artigos sobre o tema está publicado em áreas afins à Saúde Coletiva, o que atribuiu aos critérios grande importância para a seleção final dos periódicos a serem investigados.

Os critérios foram associados para auxiliar na seleção dos periódicos internacionais com escopo semelhante aos nacionais. O sistema WebQualis, é vinculado à CAPES e se refere a uma classificação dos veículos de divulgação da produção científica, por área do conhecimento. O Fator de Impacto (FI) dos periódicos foi consultado no *Journal Citation Reports* (JCR), direcionado para publicações de Saúde Pública¹⁸. O JCR oferece um meio sistemático e objetivo de avaliar criticamente importantes revistas do mundo, com informações quantificáveis e estatísticas com base em dados de citação, ou seja, uma medida que reflete o número médio de citações de artigos científicos publicados em determinado periódico, frequentemente

¹⁸<http://admin-apps.webofknowledge.com/JCR/JCR>

utilizado para avaliar a importância de um dado periódico em sua área. Os FIs consultados são referentes ao ano de 2012.

Também foi realizada busca interna nos periódicos elencados com escopo direcionado para Saúde Coletiva/Pública para averiguar publicações sobre RD, com o descritor "*Harm Reduction*".

Ao final foram selecionados seis periódicos da Saúde Coletiva/Pública¹⁹, ^{6,16} divididos igualmente entre nacionais e internacionais, com artigos que tratassem o tema ao longo do tempo desde o início da proposta da RD até hoje. O resultado final está apresentado no Quadro 1.

Após a classificação final dos periódicos, apresentada no Quadro 1, foram elaboradas diferentes estratégias de busca para bases nacionais e internacionais. A pesquisa dos artigos com publicação sobre RD ocorreu no período de maio a junho de 2014. Para os periódicos nacionais foram utilizadas as bases de dados SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e LILACS, utilizando as palavras-chave “redução” e “dano\$” vinculadas ao descritor “redução do dano”. Essa estratégia foi adotada para ampliar o resultado e incluir os artigos que não utilizaram o descritor, mas palavra-chave. Na busca internacional, foram utilizadas duas bases para as buscas, PUBMED e *Web of Science*. A escolha dessas duas ocorreu devido à indexação dos periódicos selecionados nas bases de pesquisa. Para o PUBMED foi utilizado o descritor "*Harm Reduction*"²⁰ também vinculado aos termos “*Harm*” e “*Minimization*” ou “*Reduction*” em todos os campos; para a base de busca *Web of Science*, foram utilizados apenas os termos “*Harm*” e “*Minimization*” ou “*Reduction*”. As estratégias utilizadas em cada base e revistas estão apresentadas no quadro 2.

Os critérios de seleção dos textos foram: para a inclusão no estudo, os artigos deveriam abordar a RD direcionada para as drogas, disponíveis *online* e publicadas até maio de 2014; para a exclusão, os que abordavam outros temas, ainda que relacionados à RD, tais como: revisão (sistemática, literatura, documental, etc.), artigos com discussões teóricas (dados secundários), texto completo indisponível, cartas e editoriais. A busca e a seleção dos artigos incluídos na revisão foram realizadas por dois revisores de forma independente.

Identificados os artigos, foi realizada a leitura dos títulos e seus respectivos resumos para a primeira seleção. Além disso, foi realizada nos

¹⁹ No Brasil há uma diferença conceitual referente à Saúde Pública e Saúde Coletiva, oriunda das lutas e debates do movimento sanitário brasileiro.

²⁰O descritor foi introduzido apenas em 2003, segundo o PUBMED.

textos uma busca com as palavras: ‘redução’, ‘dano’, ‘redução de dano’ nas publicações em português; e ‘*harm*’, ‘*reduction*’, ‘*harm reduction*’ nas publicações em inglês, com o objetivo de verificar se ao longo do texto ou nas referências havia menção à RD nos casos de ausência no título ou resumo. Na Figura 1 estão apresentados os resultados vinculados aos critérios de inclusão e exclusão utilizados neste trabalho.

Os textos excluídos abordavam: acidente de carro, mamografia/rastreamento, ética na pesquisa, violência, catarata, homens que fazem sexo com homens (HSH), não abordaram a RD, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), padrão de adoecimento brasileiro, genética, poluição, morte prematura de pais tabagistas, fora do período analisado, transmissão sexual, moradores de rua, arma de fogo, *bullying*, sem acesso *online*; revisão (sistemática, literatura, documental, etc.), artigos com discussões teóricas (dados secundários), cartas e editoriais mesmo que abordassem RD direcionada à droga. Dois artigos da AJPH foram excluídos, pois apesar de o conteúdo ser afim à discussão teórica realizada pela RD, eles não fizeram nenhuma referência a este embasamento teórico.

Os 49 artigos incluídos foram lidos na íntegra e, para tabulação, foram ordenados pelas seguintes categorias bibliométricas:

- Autores: foram incluídos todos os autores na análise e a formação do 1º autor. As publicações cuja formação do 1º autor não foi identificada foram classificadas como ‘Não encontrado’.
- Ano da publicação.
- Sujeitos da pesquisa: o público-alvo da pesquisa, incluindo sexo e faixa etária. As publicações que não descreveram público, sexo e idade foram classificados como ‘indeterminado’.
- Enfoque metodológico: os estudos foram considerados quantitativos, quando envolviam inferências estatísticas em estudos epidemiológicos; qualitativos, quando buscavam valores, crenças, representações e opiniões, no intuito de compreender as relações e as atividades humanas, tanto coletivas quanto individuais; e quali-quantitativos, quando apresentavam a associação entre ambos, utilizando-os de maneira complementar conforme os conceitos de Minayo e Sanches.¹⁷ Os estudos que não descreveram ou apresentaram a metodologia foram categorizados como ‘Não descrita’.
- Droga: qual a substância debatida no artigo. Foram encontrados debates sobre álcool, drogas, maconha, tabaco, *crack*, metadona e uso de Droga Injetável (DI). Alguns estudos abordaram mais de uma

dessas, sendo categorizados nas duas drogas em questão. A categoria ‘drogas’ refere-se ao debate do tema ampliado, sem direcionar a uma droga específica. A categoria ‘DI’ foi assim denominada porque a maioria dos textos não explicitaram a substância consumida ou apresentaram mais de uma droga. Por serem muitos os artigos que abordam essa forma de utilização de drogas, por motivos metodológicos optamos por colocá-la na categoria de DI. Ressalta-se que no Brasil a cocaína é a droga mais utilizada nesta modalidade de consumo; já no âmbito internacional, os opioides continuam sendo a droga ilícita mais consumida.^{2, 18,19}

- País: consideramos o país de origem do estudo, os artigos com mais de um país foram agrupados na categoria ‘Multicêntrico’. Os textos com estudos de um mesmo país com a inclusão de mais de um estado foram classificados com o nome do país e multicêntrico, por exemplo, ‘Brasil/multicêntrico’.
- Idioma: língua em que o artigo foi publicado.
- Descritores ou palavras-chave.
- Publicações dos periódicos: classificados como nacionais e internacionais, segundo a origem da revista.

Os textos foram tabulados no Excel conforme suas características bibliométricas. Após sua leitura, foram incluídos o objetivo do artigo, os descritores ou palavras-chave, as reflexões e discussões suscitadas no pesquisador e as conclusões dos textos.

O resultado e a discussão das características dos artigos foram apresentados primeiramente apontando o panorama geral da análise e, posteriormente, organizado e categorizado por droga discutida no intuito de identificar os debates sobre RD direcionados às substâncias.

RESULTADOS

Dos 49 artigos analisados, 33 foram em periódicos internacionais sendo 17 no AJPH,²⁰⁻³⁶ nove na PM³⁷⁻⁴⁵ e sete na HP;⁴⁶⁻⁵² e 16 em revistas nacionais, com nove artigos na CSP,⁵³⁻⁶¹ cinco na RSP⁶²⁻⁶⁶ e dois na CSC.^{67,68} Os estudos foram desenvolvidos em 11 países: Brasil,^{59, 60, 62-66, 68} Argentina,⁶¹ EUA,^{21, 24-27, 31, 33-35, 44, 45, 52, 56} Canadá,^{28-30, 37, 51} México,⁴⁶ Austrália,^{36, 42, 43} Dinamarca,^{38, 40} Espanha,⁴¹ Holanda,^{20,23} Inglaterra,⁴⁷⁻⁵⁰ Suécia.³⁹ Três estudos internacionais foram multicêntricos^{22,23} e somente um inclui o Brasil.⁶⁷ Além desses, o Brasil teve cinco estudos multicêntricos que ocorreram em regiões que parecem ser mais afetadas pelo HIV/AIDS, incluíram estados do Sudeste, Sul, Nordeste e Centro-Oeste,⁵⁸ Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina e Bahia,^{53,57} Rio Grande do Sul, São Paulo e Santa Catarina,⁵⁴ Rio Grande do Sul, São Paulo e Bahia,⁵⁵ Acre, Amapá, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.⁵⁸ As publicações ocorreram em duas línguas: português^{54, 59, 63-68} e inglês^{20-53, 55-58, 60-62}, sendo que a maioria dos artigos foi publicada na língua inglesa (Tabela 1).

Medicina^{26, 36, 40, 59, 62, 66} e psicologia^{24, 25, 32, 53, 58, 63, 67, 68} foram as áreas de formação da maioria dos autores principais. A consulta da formação dos autores ficou prejudicada, visto que essa informação não foi descrita nos artigos. O Brasil conta com a plataforma Lattes onde a maioria dos pesquisadores têm seus currículos publicados, o que facilitou a busca. O acesso a esse dado dos pesquisadores de outras nacionalidades foi dificultado, pois não há uma fonte única de busca dos pesquisadores dos diferentes países. Portanto, a falta da divulgação da formação no artigo ou uma base universal para consulta foram uma limitação do estudo devido à dificuldade de encontrar essa informação tanto no artigo como na busca *online* (Tabela 1).

As publicações iniciaram timidamente em 1992,²⁰ nos periódicos internacionais, e a primeira publicação nacional ocorreu somente em 2002,⁵⁴ considerando-se as revistas pesquisadas. O ano com maior número de artigos sobre RD foi em 2006, totalizando 12 artigos nacionais^{53, 55-58, 60, 61, 63, 66} e três internacionais,^{26, 27, 42} seguido pelos anos de 2007^{28, 62, 64, 65} e 2009^{43, 44, 46, 47, 59} (Tabela 1).

Ambos os sexos foram abordados pela maioria dos estudos, exceto por um estudo que pesquisou apenas mulheres;²⁵ 11 estudos^{39, 40, 46, 51, 55, 58, 59, 64, 66-68} não descreveram qual o gênero dos sujeitos pesquisados. Apesar dos artigos abordarem ambos os sexos, a maioria dos estudos apresenta nos

resultados mais homens do que mulheres.^{20, 22, 24, 28, 29, 33, 34, 36, 42, 43, 45, 47-50, 52-54, 56, 57, 61, 65}

Outros estudos apontam que homens morrem mais em decorrência do uso de drogas do que as mulheres, e são a maioria dos presos por delitos de drogas ou suspeita de ter cometido tais delitos; a participação das mulheres em tais crimes varia por tipo de droga e reflete suas preferências quanto ao tipo de substância.^{13,18} O I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras⁹⁷ aponta que as mulheres tendem a consumir mais anfetamínicos, tranquilizantes e analgésicos opiáceos, enquanto os homens usam mais maconha, inalantes, cloridrato de cocaína, alucinógenos, ecstasy e esteroides anabolizantes. As mulheres parecem perceber mais o risco grave do uso de álcool, maconha e cocaína/crack do que os homens; no que concerne ao uso frequente de cocaína/crack, o risco é percebido igualmente por homens e mulheres; essas percepções podem estar associadas a um consumo menos frequente e intenso dessas substâncias pelas mulheres.¹³ Apenas um estudo foi direcionado ao público feminino.²⁵ Nele investigaram-se mulheres latinas no intuito de elaborar ações de prevenção ao HIV, haja vista que o comportamento sexual do homem latino, associado com álcool e uso de drogas, expõe essas mulheres uma vez que elas assumem uma posição de submissão nesta cultura; o texto destaca a necessidade de respeitar questões culturais da população que se pretende abordar e propor ações de RD adequadas à comunidade.

O uso de drogas pelas mulheres aparece numa condição marginalizada e submissa no universo masculino, visto que a introdução ao uso de drogas em geral acontece por intermédio do parceiro, assim como o risco de transmissão também pode estar condicionado à relação da mulher com o homem.⁵³ As mulheres também consomem drogas, porém poucos estudos discutem o tema; outros destacam que as ações que ressaltam a autonomia e a valorização feminina protegem a mulher de comportamentos de risco.^{30, 53, 106, 107}

As faixas etárias dos estudos foram variadas; em muitos estudos não houve a preocupação em apresentá-las e, em outros, foi apresentada apenas a média de idade dos participantes. A idade entre 11 e 50 anos foram as pesquisadas nos artigos, apenas dois iniciaram seus estudos incluído o intervalo entre 0 a 10 anos,^{27, 67} 24 estudaram até a faixa com 50 anos ou mais^{20, 24, 26-31, 33, 35, 37, 38, 40, 44-46, 51-53, 56, 57, 61, 62, 65}, e dois estudaram todas as faixas etárias.^{22, 36} Poucos estudos investigaram uma única faixa etária, entre estes temos um estudo que limitou a idade entre 14 e 16 anos,⁴² outro entre

22 e 24 anos⁶³ e um direcionado a 13 anos⁴³ (Tabela 1). Essa variação dificultou a categorização e a análise. A idade é uma informação fundamental na elaboração de ações de RD e políticas públicas. Além disso, cada etapa do desenvolvimento humano tem características diferentes que necessitam de abordagem e a linguagem adequadas.

Os estudos sobre RD foram direcionados principalmente às drogas injetáveis, tanto nos periódicos nacionais^{53-61, 65, 67} quanto nos internacionais.^{21, 22, 25, 28, 30, 33, 36, 46-52} O tabaco foi a segunda droga mais discutida, porém somente com publicações no âmbito internacional, principalmente pelo EUA,^{26, 27, 31, 35, 44, 45} seguidos pela Dinamarca com dois estudos,^{38, 40} um deles multicêntrico,³² Austrália,⁴² Canadá,²⁹ Espanha,⁴¹ Suécia³⁹ com um estudo cada (Tabela1).

A metodologia mais abordada foi a quantitativa^{20, 22-46, 52, 53, 55, 57, 58, 60, 62, 65} e apenas um estudo foi quali-quantitativo,⁶¹ e os demais 14 foram qualitativos^{21, 47-51, 54, 56, 59, 63, 64, 66-68} com destaque para as publicações nacionais neste método. Os dados são, em geral, fornecidos por grandes inquéritos transversais voluntários, anônimos de injetores recrutados simultaneamente em serviços de drogas e *sites* de comunidades. Esses estudos são importantes para acompanhar as tendências na incidência e prevalência relacionadas às drogas e fornecer uma plataforma para avaliar o impacto de intervenções de prevenção e tratamento.^{22, 36}

Por outro lado, a metodologia qualitativa trabalha com populações menores, mas com as especificidades, tais como crenças, valores, percepções, ou seja, possibilita uma compreensão ampliada sobre a dinâmica psicossocial e cultural, e pode lançar pistas para novos aspectos do tema.⁶⁹⁻⁷³ As pesquisas quali-quantitativas, por sua vez, trabalham com as duas perspectivas de uma mesma população.

Mingoti e Caiaffa⁵⁵ lembram que os usuários de drogas são uma população difícil de ser encontrada, o que caracteriza um desafio para a pesquisa. Os dois autores propõem a captura-recaptura como estratégia metodológica para pesquisas, planejamento e organização de programas de saúde pública. Ressaltam que o entrevistador ser conhecido do público-alvo do estudo pode facilitar o acesso ao campo e também a receptividade ao entrevistador.^{51, 54, 56, 63}

Em relação aos instrumentos de coleta das informações os estudos diferenciaram-se; na sua maioria os instrumentos de coleta vincularam-se ao método epidemiológico realizado.^{23, 25, 29, 31, 32, 36-38, 40, 41, 44, 53, 55, 57} Instrumentos próprios foram utilizados em 16 estudos^{21, 32, 39, 46-49, 51, 52, 54, 59, 60, 63, 64, 66, 68} para coleta das informações, três não descreveram os

instrumentos^{20, 30, 35} e um ‘não se aplica’^{21, 45}. Os demais utilizaram instrumentos validados, conforme Quadro 3.

Entre os autores utilizados para conceitualizar a RD, dois artigos^{51, 66} utilizam o canadense G. Alan Marlatt, referência no estudo da dependência química e da RD na América do Norte.^{4, 74-77} Outro artigo⁶⁷ indica a referência ao Relatório Brasileiro sobre Drogas 2009¹³ para descrever a RD. Alex Wodak, pesquisador australiano, presidente da Fundação Australiana de Reforma da Lei de Droga, e presidente da Associação Internacional de Redução de Danos entre 1996-2004,⁷⁸ foi referência teórica de outro artigo para RD.⁵⁹ Outro texto⁵⁶ toma como base o discurso do diretor Amu PtaH Riojas, em 2003, do *Harm Reduction Coalition*²². A introdução do livro *Harm Reduction: National and International Perspectives*⁷⁹ é a outra referência de RD utilizada.²⁴

Dos seis artigos^{24, 51, 56, 59, 66, 67} que apresentam fonte de definição da RD, sinalizados na Quadro 3, cinco utilizaram a metodologia qualitativa^{51, 56, 59, 66, 67} e um quantitativo.²⁴ Destes, três^{51, 59, 66} utilizam instrumentos próprios, os demais^{24, 56, 67} utilizam instrumentos de coleta vinculados ao estudo. Este resultado sugere que os estudos qualitativos, fiéis a algumas das suas características, parecem estar mais preocupados com a conexão da evidência científica, da teoria à prática cotidiana.⁸⁰

Esses estudos sobre RD apresentaram diferentes características conforme a droga abordada. Neles foram encontradas publicações que abordaram as seguintes substâncias: álcool, álcool e drogas, álcool e maconha, drogas, maconha, tabaco, metadona e uso de droga injetável (UDI). Os resultados apresentados a seguir se referem a cada uma dessas substâncias, ou seja, o artigo que abordou mais de uma droga será incluído em ambas.

Álcool

Sete estudos^{24, 34, 43, 62, 63, 66, 68} abordaram álcool no debate da RD, sendo que destes dois^{34, 62} tratam somente desta substância, um abordou álcool e maconha⁴³ e quatro^{24, 63, 66, 68} incluem a discussão de drogas no artigo. Quatro artigos são brasileiros publicados na RSP^{62, 66, 68} e CSC⁶⁸ em inglês e português, dois estadunidenses^{24, 34}, publicados no periódico AJPH, e um australiano⁴³, publicado na revista PM, ambos em inglês. Quatro^{24, 34, 62, 63} deles têm como sujeitos de pesquisa homens e mulheres e dois^{66, 68} não especificam o gênero, sendo categorizados como ‘indeterminado’.

²¹ O estudo não utilizou instrumento devido a metodologia adotada.

²² <http://harmreduction.org/>

No que diz respeito às faixas etárias, esses estudos abrangem desde uma população mais jovem, como treze anos⁴³ e a partir dos quatorze anos,⁶² adultos jovens entre 22 e 24 anos,⁶³ maiores de dezoito anos²⁴ e com uma média de idade entre 48 anos,³⁴ bem como os não descritos ou ‘indeterminado’.^{66, 68}

A RD nesses estudos foram direcionadas a estudantes,⁴⁴ a oferta de moradia, a dependentes crônicos de álcool, sem exigência de abstinência e a moradores de rua,^{24, 34} ao estudo da prevalência do uso de álcool e padrões de comportamento⁶² que podem auxiliar na elaboração das diferentes estratégias de RD.

A prevalência do abuso/dependência de álcool, abordada no estudo Barros *et al.*,⁶² investiga a relação do álcool com as variáveis demográficas, familiares, socioeconômicas e relativas à saúde mental. Destaca a prevalência entre adolescentes e adultos jovens como preocupante e congruente com o crescente consumo de álcool, por adolescentes. Aponta em seus resultados que o uso abusivo ocorre principalmente no sexo masculino e que a religião pode ser um fator de proteção do consumo abusivo de álcool e outras drogas.

Os artigos estadunidenses abordam a oferta de moradia para alcoolistas crônicos³⁴ e usuários de álcool e drogas e com transtornos mentais desabrigados.²⁴ O estudo de Collins, Malone e Clifasefi³⁴ indicam que, ao contrário da crença popular, as pessoas cronicamente sem-abrigo, com problemas crônicos com álcool, estão interessadas em habitação, embora uma minoria considerável admita que não consiga se manter em uma habitação que exige abstinência do álcool. Os participantes usuários ativos de álcool no início do estudo eram mais propensos a ficar nestes projetos de Primeira Habitação do que aqueles que não usam drogas. O estudo de Tsemberis, Gulcur e Nakae²⁴ confirmou a eficácia do uso da proposta da Primeira Habitação para indivíduos cronicamente sem-teto, usuários de álcool e outras drogas e com diagnóstico de transtorno mental. Mais importante, a estabilidade residencial alcançada pelo grupo experimental desafia suposições clínicas de longa data (mas não testadas anteriormente) sobre a correlação entre a doença mental e a capacidade de manter uma moradia.

Os três últimos estudos que abordaram o álcool incluem na sua discussão outras drogas. O artigo de Moreira, Silveira e Andreoli⁶⁶ analisa a abordagem nas escolas sobre o consumo de álcool e outras drogas. Os autores destacam a diferença de conduta perante a droga lícita e ilícita, explicintando o preconceito, as dificuldades com o tráfico e a violência com as substâncias

ilegais. Laranjo e Soraes⁶³ apontam que as concepções de alunos da graduação diante de usuários de drogas oscilam entre a tolerância e o proibicionismo. Destacam, ainda, a importância da mídia na construção das convicções da sociedade sobre a droga. Os alunos sugerem ações educativas de caráter emancipatório que vão ao encontro das propostas da RD. Moraes⁶⁸ apresenta a discussão da abordagem às drogas vinculadas a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, em dois CAPS - Álcool e Drogas (AD). Destaca como a RD é vista e abordada de forma superficial pelos atores desses serviços. O despreparo dos profissionais e o desinteresse da maioria em se capacitar para qualificar o atendimento a usuários de drogas é abordado por Lima *et al.*⁶⁴

Apesar da abordagem direcionada para o álcool^{34, 62} e drogas⁶⁴ separadamente, quatro artigos^{24, 63, 66, 68} fazem a discussão da RD sem essa divisão.

Drogas

Cinco estudos^{24, 63, 64, 66, 68} abordaram a droga de forma generalizada relacionada à RD, sendo que apenas um⁶⁴ trata somente da droga e quatro^{24, 63, 66, 68} incluem a discussão do álcool no artigo. Três artigos são brasileiros publicados na RSP^{63, 64, 66} e CSC,⁶⁸ em português, e um estadunidense²⁴ publicado no AJPH, em inglês. Dois estudos^{24, 63} têm como sujeitos de pesquisa homens e mulheres e três^{64, 66, 68} não especificam o gênero, sendo categorizados como ‘indeterminado’. A faixa etária destes estudos está compreendida entre 22 e 24 anos,⁶³ maiores de 18 anos,²⁴ bem como aqueles não descritos ou considerados como ‘indeterminado’.^{64, 66, 68}

Este tópico apresenta a RD frente à droga, sem direcionar a uma substância específica. Consequentemente, as discussões abordam modelos de atenção à saúde, bem como a resistência e o preconceito na abordagem com distinção entre as drogas lícitas e ilícitas,^{64, 66, 68} mostram a influência da mídia na construção das concepções do uso de droga e a tolerância ao uso ao indicar a prevenção pautada na RD, com ações educativas de caráter emancipatórios.⁶³ Muitos dos aspectos discutidos nestes artigos são os desafios enfrentados cotidianamente pelas ações de RD.

Tabaco

Quanto ao tabaco, a RD na Saúde Coletiva foi exclusivamente internacional – Europa, América do Norte e Oceania. Treze estudos^{26, 27, 29, 31, 32, 35, 38-42, 44, 45} abordaram tabaco no debate da RD, sendo um estudo australiano,⁴² um canadense,²⁹ dois dinamarqueses,^{38, 40} um espanhol,⁴¹ seis estadunidenses,^{26, 27, 31, 35, 44, 45} um multicêntrico estadunidense³² e um sueco,³⁹ todos publicados em inglês.

Homens e mulheres^{26, 27, 29, 31, 32, 35, 38, 41, 42, 44, 45} foram os sujeitos de pesquisa em 11 estudos; um foi categorizado como ‘não se aplica’³⁹ e um não especifica o gênero, sendo categorizado como ‘indeterminado’.⁴⁰ A faixa etária destes estudos incluiu abordagens em escolas com alunos entre 9 e 12 anos²⁷ e com 15 anos em média,⁴² estudos epidemiológicos e demais pesquisa incluíram maiores de 18 anos,^{27, 31, 44} acima de 19 anos,³⁸ entre 30 e 65 anos,²⁶ média em torno de 40 anos,^{29, 35, 40} menos de 30 anos e acima de 50⁴⁵ bem como os não descritos ou ‘indeterminado’^{32, 41} e um que ‘não se aplica’.³⁹

A RD direcionada ao tabaco no âmbito internacional destaca algumas ações como redução do número de cigarros,^{40, 41} estratégias coletivas como aumento de preço e restrições ambientais.⁴¹ No entanto, alguns textos destacam a necessidade de discutir os benefícios e os riscos de outras formas de consumo do tabaco sem ser fumado^{32, 44} e da terapia de reposição de nicotina.³¹ Algumas dessas estratégias podem estar sendo usadas como RD, no entanto, alguns estudos apontam que podem ser prejudiciais à saúde.³⁵ Como, por exemplo, os cigarros *light* foram produzidos e comercializados, pela indústria do tabaco, como uma forma de proporcionar a falsa ideia de menor risco e mais saúde com o seu uso, sem necessidade de parar o consumo. Esses fatos têm alimentado uma discussão sobre os dilemas éticos de produtos de RD em geral e levou para a saúde pública a preocupação de que muitos fumantes podem mudar para marcas com menores teores de alcatrão e nicotina como medida de proteção à saúde em vez de desistir.²⁶

Maconha

A maconha aparece em apenas dois textos^{37, 43} com direcionamentos diversos e destacam que pouco se sabe sobre o real impacto dessa substância no longo prazo. Um artigo canadense³⁷ e outro australiano,⁴³ ambos publicados no periódico PM, em inglês, tendo como sujeitos de pesquisa homens e mulheres.

O estudo de Newton e colaboradores⁴³ pesquisa a eficácia de um programa de prevenção baseado na *Internet* para reduzir o uso de álcool e *Cannabis* em adolescentes de 13 anos. O programa se concentrara em mensagens de RD ao invés de abstinência. O resultado foi positivo, apesar das limitações do estudo. O acesso à informação diminui a frequência do uso e os jovens assimilaram melhor as mensagens de RD do que a de abstinência.

Dewit³⁷ analisa a relação entre dois aspectos fenomenológicos do uso de maconha (idade de início e frequência de uso na vida) e três possíveis consequências do uso da maconha: a manutenção do uso (ou desistência), o desenvolvimento de problemas com o consumo e o desenvolvimento de transtornos de maconha (abuso e dependência). O estudo foi realizado com a

população do *Ontario Mental Health Supplement* entre os anos de 1990 e 1991, totalizando uma amostra da comunidade de 2.729 usuários entre 15 e 64 anos. Este autor³⁷ destaca que uma minoria significativa dos usuários de maconha vai receber o diagnóstico de abuso ou dependência, porém pouco se sabe sobre o efeito da idade de início e frequência de uso na vida de maconha na desistência do uso e na progressão para transtornos de maconha. A abordagem da RD fica direcionada principalmente para se pensar estratégias para os usuários mais "pesados" ou com mais tempo de uso, que segundo os resultados têm menos chance de deixar de usar. Sinaliza a importância de estratégias de prevenção para evitar o primeiro uso, pois os resultados sugerem que os programas de prevenção que são eficazes para retardar o início do uso da maconha até a idade de 16 anos podem, também, diminuir significativamente a possibilidade de consumo prolongado e, conseqüentemente, servir para evitar graves problemas mais tarde na vida.

Metadona

Dois estudos^{20, 23} abordaram o uso de metadona exclusivamente como estratégia de RD, ambos holandeses e publicados no periódico AJPH, em inglês, tendo como sujeitos de pesquisa homens e mulheres, e faixa etária média de 30 anos de idade.

Os textos holandeses que abordam a metadona são as primeiras publicações encontradas neste estudo, publicadas em 1992²⁰ e 2001.²³ Possivelmente por isso os textos objetivam avaliar os programas de metadona e risco do HIV, bem como o impacto na mortalidade entre os usuários de heroína (droga opioide). O tratamento com essa droga é para usuários de heroína por via intravenosa, e pode ajudar a reduzir o risco de infecção com o HIV.²⁰ Além de fornecer a droga, combinam assistência social, médica e instalações de troca de seringas e agulhas.²³

Hartgers *et al.*²⁰ discutem os programas de metadona e PTS e se propõem a avaliar tais estratégias de prevenção dos comportamentos de risco dos UDIs. Buscam uma aproximação com os UDIs e concluem com algumas reflexões de que é necessário qualificar as ações direcionadas a essa população, tais como aumento no nível de dose de metadona e medidas para fazer cumprir a assiduidade. Langendam²³ apresenta resultados positivos e destaca que o tratamento de manutenção de metadona, baseado na RD, diminui o risco de mortalidade de causa natural e overdose. Além disso, os dados sugerem que essa estratégia é importante, pois oportuniza o cuidado e o acesso aos usuários, e que medidas de prevenção devem ser expandidas para aqueles que abandonam o tratamento.

Droga Injetável

O uso de droga injetável foi abordado em 25 artigos^{21, 22, 25, 28, 30, 33, 36, 46-61, 65, 67} no debate da RD. Foi o maior resultado deste estudo, tanto nos periódicos nacionais quanto internacionais. Contou com uma publicação argentina,⁶¹ uma australiana,³⁶ oito brasileiras,^{53-55, 57-60, 65} três canadenses,^{28, 30, 51} cinco estadunidenses,^{21, 25, 33, 52, 56} quatro inglesas,⁴⁷⁻⁵⁰ uma mexicana⁴⁶ e duas multicêntricas.^{22, 67} Os textos foram publicados na maioria em inglês.

Homens e mulheres foram sujeitos de pesquisa de 18 estudos,^{21, 22, 28, 30, 33, 36, 47-50, 52-54, 56, 57, 60, 61, 65} um estudo investigou a associação do risco do HIV em mulheres latinas,²⁵ um foi categorizado como ‘não se aplica’⁵⁸ e cinco não identificaram o gênero da clientela, sendo categorizados como ‘indeterminado’.^{46, 51, 55, 59, 67}

A faixa etária desses estudos inicia com 15 anos ou mais,³⁰ entre 15 e 44 anos,²⁵ maiores de 18 anos,^{51, 53, 56, 57, 61} entre 18 e 45 anos,⁵⁴ entre 18 e 75 anos,³³ entre 19 a 64 anos,²⁸ entre 20 e 49 anos,⁴⁷ entre 21 e 39 anos,²¹ média de idade entre 33 a 39 anos,^{46, 48, 50, 52, 65} até 30 anos,⁶⁷ todas as faixas etárias,^{22, 36} bem como os não descritos ou ‘indeterminado’^{49, 55, 59, 60} e um categorizado como ‘não se aplica’.⁵⁸

Os Programas de Troca de Seringas (PTS) são comuns tanto nos periódicos internacionais quanto nos nacionais. Os embates sofridos por tal proposta são semelhantes, principalmente nos países adeptos à erradicação da droga. Nos EUA, os PTS existem, principalmente, como resultado de pressão política ou ação direta de movimentos sociais, desde o movimento feminista de saúde ao ativismo da AIDS. Esses esforços de base ativista deram um contributo significativo para a contenção da epidemia de HIV entre UDIs.³³

No contexto nacional, as ações dos Programas de Redução de Danos (PRD)^{58, 59, 23} também sofrem perseguições e interdições judiciais, mas a vinculação das ações focadas na prevenção da disseminação do HIV oportunizou o fortalecimento das ações de RD. Por outro lado, pode ter dificultado as ações ampliadas da RD, como subsidiar mudanças nas próprias políticas de drogas, vacinação contra a hepatite B e treinamento no manejo de overdoses.^{59, 67}

Outro desafio apontado nos artigos internacionais é o acesso a estratégias de RD fora dos grandes centros urbanos. Parker *et al.*⁵¹ abordam essa questão e destacam que o acesso à saúde, independentemente do local

²³ Nos artigos brasileiros os PTS são denominados, ou reconhecidos como Programa de Redução de Danos (PRD).

onde se vive, é um direito fundamental no Canadá. No entanto, a oferta dos serviços especializados é diversa entre as regiões onde o corte de gastos *versus* a necessidade local fecha os serviços, e isto representa um desafio para a integração da RD. Em consequência, o acesso ao tratamento-padrão e especializado para as pessoas que usam drogas, bem como para as pessoas que não o fazem, pode ser precário. Para atender a demanda existente, os serviços especializados devem ser adaptados às características e necessidades locais. Para tal, são necessárias informações detalhadas destas regiões sobre os padrões de consumo de drogas, cultura e os desafios específicos.

Na Inglaterra, Parkin e Coomber⁴⁹ propõem a disponibilidade de locais de descarte do material utilizado, especificamente agulhas, seringas, e camisinhas. A resposta dos usuários foi ambivalente, pois junto ao desejo de dar um fim adequado ao equipamento aparece o temor de serem presos perto desses locais. Ambientes discretos e que não tenham o foco na ação do descarte, como banheiros públicos, foram melhor avaliados, pois podem evitar prisões.

Oliveira *et al.*⁶⁰ destacam que, em geral, a primeira vez que se usa a droga injetável e a continuidade acontece com um amigo ou parceiro, e muitas vezes o compartilhamento do material ocorre nesta primeira vez e é repetido na sequência.

Sendo uma prática de grupo, a identificação e a capacitação de usuários-chave, que frequentam espaços coletivos de uso da droga, pode evitar mortes em situações de overdose. Também pode se ofertar a esses usuários um número maior de equipamento para evitar o compartilhamento. Estas são algumas estratégias de RD de baixo custo, que maximizam a segurança do UDI.⁴⁷ O acesso ao PTS e a farmácias para trocar seringas aumenta as chances dos UDIs usarem seringas esterilizadas, e reduzem a incidência do HIV e Hepatite C (HCV).³³

Ramos *et al.*⁴⁶ destacam o quanto a influência social, a saúde, a economia, a cultura e a geografia podem se tornar fatores de risco ou de proteção nos comportamentos das populações. A heterogeneidade dos comportamentos entre UDIs é abordada por Shaw *et al.*,³⁰ que alerta sobre o aumento do uso de drogas e de partilha de equipamento entre os jovens, e destaca a importância de conhecer essas condutas, pois podem ser essenciais para planejar intervenções destinadas a evitar a ponte de patógenos transmitidos pelo sangue.

Esses resultados sugerem que a RD mantém um forte vínculo com as propostas e ações iniciais direcionadas a UDI devido ao risco do HIV/AIDS, visto que as maiorias das publicações encontradas abordam a DI. Uma

possibilidade para este resultado parece ser o reconhecimento da RD como uma resposta eficaz direcionada à prevenção do HIV e da HCV.¹⁸

DISCUSSÃO

A busca em periódicos nacionais e internacionais permitiu caracterizar as publicações estudadas na área da Saúde Coletiva. Não encontramos publicação de pesquisadores nacionais em periódicos internacionais, sendo que os autores brasileiros responderam pela maioria dos artigos nos periódicos nacionais. Por outro lado, as revistas nacionais receberam e publicaram trabalhos da Argentina,⁶¹ dos Estados Unidos⁵⁶ e Multicêntrico internacional.⁶⁷ Esse resultado corrobora com a avaliação do FI de dois periódicos nacionais (CSP e RSP) e com o grande número de publicações em inglês nestas revistas. Sendo a língua inglesa o idioma universal no mundo científico atual, a publicação em inglês dá visibilidade à pesquisa no cenário internacional.⁸² O Brasil já é reconhecido no âmbito internacional pela distribuição dos medicamentos antirretrovirais pelo SUS e por propostas que combinam políticas públicas e respeito à autonomia dos movimentos sociais e aos direitos humanos diante do desafio da AIDS, no âmbito da RD.⁸³

O advento da AIDS traz o debate da RD para a saúde, consequentemente este campo conta com o maior número de publicações sobre RD, semelhante ao estudo de Santos, Soares e Campos.⁸⁴ Esses autores destacam que a RD tem sido debatida por diversas áreas, como pela Saúde Coletiva e pela Psicologia, áreas encontradas neste estudo, dentre outras. A RD se beneficiou com o debate multi/interdisciplinar ampliando abordagens e estratégias ao consumo de substâncias psicoativas na sociedade.

Assim, as estratégias de RD para UDIs na prevenção do HIV evoluíram ao longo dos anos, havendo, atualmente, um conjunto abrangente de intervenções baseadas em evidências, também conhecido como "serviços de redução de danos". Entre essas intervenções, as consideradas mais eficazes são a troca de agulhas e seringas, a terapia de substituição de opiáceos (ou outro tratamento medicamentoso baseado em evidências, além dos opioides), o teste de HIV, aconselhamento a este respeito e terapia antirretroviral.¹⁹ Por ser a proposta de RD mais antiga e reconhecida mundialmente, a RD para UDIs tem mais relatos e experiências que demonstram a eficácia desta proposta. Além disso, essas estratégias colaboram com a ampliação desta abordagem para outras drogas e modalidades de uso.

O reconhecimento mundial desta estratégia pode justificar o fato de a maioria dos artigos que abordaram sua discussão não apresentarem seu conceito. Por outro lado, diversos autores apontam que o preconceito e a dificuldade de entendimento das propostas da RD decorrem do fato de serem

confundidas, muitas vezes, com o incentivo ao uso de drogas.^{33, 59, 64, 68, 85-87} O preconceito, em geral, é direcionado ao uso abusivo de substâncias e conseqüentemente aos usuários. É importante destacar que apesar dos avanços institucionais da RD, sua legitimação como estratégia de Saúde Coletiva carece, ainda, de efetividade.

A RD é adotada em 1926 na Inglaterra, com o Relatório *Rolleston*, que autorizava legalmente os médicos a prescreverem opiáceos aos dependentes desta droga, com o intuito de resgatar a interação desses usuários com a sociedade.^{88, 89} O Relatório Mundial sobre Drogas 2014¹⁸ aponta que a terapia de substituição de opiáceos está entre as quatro intervenções mais eficazes na prevenção do HIV – reconhecidos como serviços de RD – junto com troca de agulhas e seringas, teste de HIV, entre usuários de drogas injetáveis, aconselhamento e terapia antirretroviral.

Assim, os programas de metadona para o tratamento de usuários dependentes de heroína por via intravenosa foram uma das primeiras propostas de RD contemporânea ao Relatório *Rolleston*, que ajuda a reduzir o risco de infecção com o HIV.²⁰ Além de fornecer a droga, combinam assistência social, médica e instalações de troca de seringas e agulhas.²³

Estudos argumentam a favor dos PTS/PRD, apontam que a oferta de cuidado nesses espaços pode ser mais efetiva e com menor custo, em comparação com os hospitais, onde UDIs em geral sofrem cobranças e a exigência da abstinência. Além disso, as abordagens podem estar associadas a outras estratégias de saúde e também podem ser nos locais onde os usuários estão.^{90, 91}

Mesmo com as dificuldades, há uma boa adesão dos usuários de drogas aos PRDs, requisito indispensável para o funcionamento desses programas. Visto que a interrupção das atividades dos PRDs limita substancialmente a oferta de seringas limpas e retirada de seringas usadas de circulação, bem como a capacidade destes programas de servir como porta de entrada para a rede de serviços de tratamento.⁵⁸

É importante refletir sobre a efetividade de algumas práticas, para que sejam implementadas e qualificadas partindo da realidade da população que se pretende trabalhar. Além disso, conhecer melhor a população para a qual a prática será direcionada é fundamental para o sucesso das ações, como sinalizado por Hartgers.²⁰ Superar as precariedades é importante, pois o resultado da RD pode levar a uma mudança de hábitos e crenças diante do uso injetável e seus riscos, e é comprovado o impacto positivo no controle da epidemia, e orientação aos usuários.⁶¹

O uso de drogas não é uma atividade individual. Ele abrange uma interação complexa de relações sociais situadas em ambientes físicos específicos, desde a busca pela droga até o descarte do material utilizado, envolvendo, ainda, etapas marginalizadas quando se trata de drogas ilegais. Essa condição colabora com a marginalização dos usuários e torna o cuidado e o monitoramento neste grupo difícil.^{22, 47, 92}

Essas percepções e comportamentos dos usuários sobre o risco e as relações são fundamentais para abordagens de RD individual e coletiva. Sem essa noção, algumas práticas são mantidas, como o compartilhamento, pois representam solidariedade perante a fissura do outro pela droga. Outro aspecto importante para se pensar em ações de RD é reconhecer como acontece a transição para o uso da droga injetável, e propor ações que evitem essa transição, mas, caso o usuário decida por esta via do uso, que evite alguns comportamentos de risco.^{54, 60, 65}

A maconha, assim como o álcool, pode ser a porta de entrada para o uso de substâncias cada vez mais pesadas, e com maior risco de dano⁽⁹³⁾. Esta droga oscila no imaginário social entre o legal *versus* o ilegal, droga *versus* medicação; discute-se a conveniência ou não de promover a descriminalização do seu uso.⁹⁴ A proposta da RD pode orientar sobre os riscos dessa transição e se tornar atraente para os jovens ou usuários de longa data desta substância, pois ela não visa à abstinência exclusivamente, é uma abordagem centrada no cliente. Além de abordar a droga como parte da sociedade sem julgamento, oferece alternativas no tratamento de comportamentos de dependência para aqueles que não se encaixam ou não têm as suas necessidades atendidas com os modelos tradicionais.^{4, 74, 95, 96}

No Brasil, o acesso à saúde também é um direito fundamental e, como no Canadá, há dificuldades na oferta de cuidado à saúde dos usuários de droga fora dos grandes centros urbanos. Essa questão não foi discutida nas publicações brasileiras. Apesar disso, alguns dos desafios sobre a DI abordados nos periódicos nacionais se assemelham aos das revistas internacionais. No entanto, é importante lembrar que, no Brasil, a droga mais consumida e que mais traz prejuízos à saúde pública e com maiores danos é o álcool.^{13, 97}

A maioria de estudos brasileiros aborda o álcool e as drogas, o que pode indicar uma preocupação acadêmica de se aproximar da realidade. Ou seja, diante de levantamentos epidemiológicos que indicam o álcool como responsável pelos maiores prejuízos para a Saúde Coletiva, buscam também investigar serviços de saúde que atendem usuários de drogas após a implementação das políticas públicas nacionais que incluem a RD.^{13, 98, 99}

A proposta de RD de provisão de habitação de apoio permanente para indivíduos sem-teto e com dependência severa de álcool, sem a exigência da abstinência ou do comparecimento ao tratamento, foi associada com redução de custos substanciais para os cofres públicos, bem como significativa diminuição no consumo de álcool. Porém, como outras propostas de RD, o projeto de habitação gerou considerável controvérsia na comunidade e meios de comunicação, pois permitia aos indivíduos continuar a beber em seus quartos.^{77, 100}

Os autores^{24, 34} destacam a eficácia da ação desta proposta e sinalizam que futuros estudos são necessários para estabelecer se ela também será eficaz com outros tipos de populações, tais como aqueles que envolvessem essencialmente uso de drogas ilícitas, por exemplo, heroína, metanfetamina, cocaína e *crack*. Além disso, o resultado desconstrói a crença de que usuários de drogas são incapazes de manter uma habitação ou de tomar decisões.

Além do álcool, o tabaco também é uma droga lícita, e o debate da RD na Saúde Coletiva direcionado a esta substância foi exclusivamente internacional – Europa, América do Norte e Oceania. Não foram encontradas publicações no Brasil, embora o País tenha o tabaco como a segunda droga mais consumida⁽¹³⁾. As medidas oficiais de combate ao fumo no País, iniciadas em 1986, que incluem medidas diversas desde a restrição da publicidade, a inserção de advertências nos produtos fumígenos, a proibição do uso em espaços públicos e a criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo seriam a razão deste resultado?¹⁰¹

Algumas dessas estratégias adotadas no Brasil podem ser consideradas como redutoras de danos, pois elas não proíbem o uso do tabaco, apenas limitam o uso a espaços privados no intuito de proteger os que não fazem uso da droga, mas que podem ficar expostos ao risco de danos; o mesmo ocorre com o limite publicitário e as informações nos produtos. Na fronteira entre a culpabilização do sujeito e a redução da demanda associada à RD, as propostas de enfrentamento do tabaco procuram respeitar a diversidade de cada sujeito na sua relação com a droga e permitem a decisão do risco/dano do uso pautado em informações concretas.^{3, 102}

No âmbito internacional o debate se assemelha, em alguns aspectos, à realidade brasileira quando destaca algumas ações como redução do número de cigarros,^{40, 41} estratégias coletivas como aumento de preço e restrições ambientais como políticas de RD.⁴¹ Outro aspecto é a análise do risco de danos de algumas propostas como a reposição de nicotina ou

produtos com menor teor de nicotina e alcatrão ou *snus*²⁴, dentre outras.^{26, 27, 31, 32, 35, 39, 44, 45} Algumas dessas estratégias, reconhecidas como redutoras de danos, salientam a importância da reflexão sobre as propostas de RD direcionadas para essa droga.^{26, 27, 29, 31, 38, 41, 42, 44, 45} Não se pode perder de vista que muitas das propostas de RD para o tabaco são promovidas pela indústria do tabaco, que tem interesse em manter-se no mercado.¹⁰¹ Além disso, algumas terapias, como a substituição de nicotina, abriram espaço para a indústria farmacêutica. É importante estar atento e reconhecer se as propostas atendem aos princípios da RD ou se apenas causam maiores danos com falsas promessas de reduzi-los.

As publicações nacionais têm um caráter mais ampliado, direcionado ao perfil dos usuários de drogas, políticas públicas e modelos de atenção, enquanto que, nas internacionais, a RD tem um caráter mais operacional, preventivo. Resultado semelhante é também descrito em outro estudo.¹⁰³ No Brasil, as publicações têm buscado diferentes estratégias para fomentar a implementação de políticas públicas de RD, e também ampliar essa estratégia de RD para todas as drogas. Porém o país ainda oscila entre ações de RD e políticas proibicionistas, herança da relação diplomática com EUA.¹⁰⁴ No âmbito internacional, políticas direcionadas à redução do uso e sua estratégia de ‘guerra às drogas’ parecem dominar as discussões nos Estados Unidos. O debate nos demais países se mostrou mais próximo à proposta da RD, visto que apresenta estratégias de prevenção ampliada como a oferta de locais para uso e descarte do material utilizado, capacitação principalmente para os UDIs para situações de overdose e limpeza dos equipamentos para o uso de drogas injetáveis, instrumentalizando os usuários para o seu cuidado. As propostas de RD parecem estar mais preocupadas com os usuários e com intervenções focadas na Saúde Coletiva. Esse resultado pode estar associado às origens da RD na Europa enquanto os EUA têm a guerra às drogas como estratégia de enfrentamento.⁴

O conhecimento da prevalência é essencial para discussão e implementação de políticas públicas, bem como para a identificação dos grupos mais vulneráveis e sua orientação às estratégias de RD.⁶² No entanto, políticas sobre drogas, que enfatizam apenas a redução de uso é deficiente e inadequada, porque é unidimensional e tende a ignorar as diferenças reais entre drogas e padrões de uso de drogas. A RD é conceitualmente atraente, porém difícil de ser aceita politicamente, devido a questões morais que

²⁴ Tabaco úmido

impedem de analisar e quantificar os vários tipos de danos do uso da droga. Os parâmetros de cada política ou decisão programática devem ser avaliados pelo seu provável impacto sobre a sociedade: ou seja, se é esperado reduzir o dano agregado, deve ser aceita; se é esperado um aumento de dano agregado, deve ser rejeitada.¹⁰⁵

Quando as necessidades da comunidade estão em desacordo com a política nacional, as mobilizações em nível local são essenciais na implementação de programas de saúde pública; a falta de uma associação entre a presença do programa e a necessidade implica que os sistemas políticos não respondem adequadamente a um importante problema de saúde pública. Leis, políticas e mobilizações comunitárias destinadas a restringir os locais onde operam PTS podem dificultar a promoção da Saúde Coletiva.³³

É possível perceber que, apesar das políticas e propostas da RD, a estrutura, os serviços, os profissionais e a sociedade mantêm-se os mesmos. Assim, na verdade, a RD está acontecendo, associada ou não às propostas tradicionais de abordagem às drogas, sendo adaptada conforme a necessidade, o entendimento e o interesse dos profissionais, familiares e usuários.⁸⁴ A coexistência de políticas contraditórias, como a de RD e a da erradicação da droga, pode gerar choques de conduta que fatalmente alcançarão a população em geral.

O presente estudo adotou como estratégia metodológica a análise de artigos de apenas seis periódicos da área de Saúde Coletiva, que pode ser uma limitação da pesquisa, pois oferece o panorama destes periódicos, os quais, todavia, são referência para a área, tanto no âmbito nacional quanto internacional.

CONCLUSÃO

As publicações internacionais e nacionais sobre a RD refletem o contexto social e político dos diferentes países. As publicações nacionais têm um caráter mais ampliado, enquanto que as internacionais têm um caráter mais operacional, preventivo. Esse conhecimento para a Saúde Coletiva possibilita ações de RD mais adequadas e, conseqüentemente, mais assertivas, direcionadas a cada contexto e, também, à troca de experiências.

É possível perceber a flexibilidade e a potência da RD diante das diferentes drogas, haja vista sua característica de poder adaptar-se a ações, políticas públicas e drogas conforme a necessidade da realidade local, utilizando recursos possíveis ao indivíduo e/ou comunidade. Os debates das diferentes drogas trouxeram experiências com resultados positivos, que podem ser adaptadas para outras substâncias e contextos.

Esta pesquisa mostrou que a discussão sobre RD na Saúde Coletiva ainda pode ser ampliada, visto que foram encontradas apenas sete substâncias psicoativas, e entre estas não foram encontradas discussões sobre a droga *crack*, tão falada neste momento, os anabolizantes, o uso abusivo de medicações, o ecstasy, dentre outras que estão presentes na sociedade e necessitam de abordagens adequadas.

Além disso, é necessária uma reflexão e avaliação das práticas de RD e seu impacto na Saúde Coletiva, pois suas ações podem estar direcionadas para algo não prioritário em termos de Saúde Coletiva. Por exemplo, no Brasil, a droga que acarreta mais danos sociais, o álcool, não foi a que teve maior número de publicações.

A RD está focada no sujeito, mas sua abordagem alcança não só o cuidado dos que fazem uso da droga, mas da população geral. Sua abordagem ampliada possibilita que ao cuidar de um, muitos sejam beneficiados.

Dessa forma, estudar a RD na Saúde Coletiva é um desafio que pode reconhecer as dificuldades sociais apresentadas nesse contexto, possibilitando a troca e o amadurecimento de práticas diante de realidades distintas.

Por fim, ressalta-se que foi possível reconhecer os avanços da RD na discussão científica, ficando, todavia, evidente o muito que ainda precisa progredir nas suas intervenções. E que esta estratégia é subutilizada nas práticas e no fomento das políticas públicas.

REFERÊNCIA

1. Elias Lda, Bastos FI. Saúde pública, redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. *Ciênc. saúde colet.* 2011;16(12):4721-30.
2. Mesquita F, Bastos FI. Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos. 75 SeD, editor. São Paulo: Hucitec; 1994.
3. Mesquita F, Seibel S. Consumo de drogas: desafios e perspectivas. São Paulo: Hucitec; 2000.
4. Marlatt GA. Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
5. Marlatt GA, Witkiewitz K. Update on harm-reduction policy and intervention research. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010. p. 591-606.
6. Paim JS. Desafios para Saúde Coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006. 154 p.
7. Ayres JRdC, Júnior IF, Calazans GJ, Filho HCS. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Fiocruz, editor. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência.* Rio de Janeiro: Czeresnia, Dina; 2003.
8. Logan DE, Marlatt GA. Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. *J CLIN PSYCHOL.* 2010;66(2):201-14.
9. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicol. Soc.* [Internet]. 2011; 23:154-62.
10. Büchele F. Drogas e redução de danos: uma estratégia de saúde pública. Anais da 5ª Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão, Florianópolis: UFSC; 2005.

11. Santos VEd, Soares CB, Campos CMS. A produção científica internacional sobre redução de danos: uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS&. SMAD, Rev. Eletronica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.). 2012;8(1):41.
12. Tatarsky A, Marlatt GA. State of the art in harm reduction psychotherapy an emerging treatment for substance misuse.(Author abstract)(Report). J Clin Psychol. 2010;66(2):117.
13. Brasil. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. IME USP; 2009.
14. Wodak A, Cooney A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. Subst Use Misuse. 2006;41:777-813.
15. Cordeiro AM, Oliveira GMd, Rentería JM, Guimarães CA. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. Rev Col Bras Cir. 2007;34(6):428-31.
16. Da_Ros MA. Fleck e os Estilos de Pensamento em Saúde Pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
17. Minayo MCdS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad. Saúde Pública. 1993;9(3):239-48.
18. UNODC. World Drug Report 2014 New York: United Nations, 2014.
19. Niel M, Silveira DXd. Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROARD).Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Ministério da Saúde; 2008.
20. Hartgers C, van den Hoek A, Krijnen P, Coutinho RA. HIV prevalence and risk behavior among injecting drug users who participate in "low-threshold" methadone programs in Amsterdam. Am J Public Health. 1992;82(4):547-51.

21. Mahon N. New York inmates' HIV risk behaviors: The implications for prevention policy and programs. *Am J Public Health.* 1996;86(9):1211-5.
22. Hope VD, Judd A, Hickman M, Lamagni T, Hunter G, Stimson GV, et al. Prevalence of hepatitis C among injection drug users in England and Wales: is harm reduction working? *Am J Public Health.* 2001;91(1):38.
23. Langendam MW, van Brussel GHA, Coutinho RA, van Ameijden EJC. The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. *Am J Public Health.* 2001;91(5):774-80.
24. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am J Public Health.* 2004;94(4):651-6.
25. Zambrana RE, Cornelius LJ, Boykin SS, Lopez DS. Latinas and HIV/AIDS risk factors: implications for harm reduction strategies. *Am J Public Health.* 2004;94(7):1152-8.
26. Tindle HA, Rigotti NA, Davis RB, Barbeau EM, Kawachi I, Shiffman S. Cessation among smokers of "light" cigarettes: Results from the 2000 National Health Interview Survey. *Am J Public Health.* 2006;96(8):1498-504.
27. Nelson DE, Mowery P, Tomar S, Marcus S, Giovino G, Zhao L. Trends in smokeless tobacco use among adults and adolescents in the United States. *Am J Public Health.* 2006;96(5):897-905.
28. Kerr T, Tyndall MW, Zhang R, Lai C, Montaner JS, Wood E. Circumstances of first injection among illicit drug users accessing a medically supervised safer injection facility. *Am J Public Health.* 2007;97(7):1228-30.
29. de Ruiter WK, Faulkner G, Cairney J, Veldhuizen S. Characteristics of physically active smokers and implications for harm reduction. *Am J Public Health.* 2008;98(5):925-31.

30. Shaw SY, Shah L, Jolly AM, Wylie JL. Identifying heterogeneity among injection drug users: a cluster analysis approach. *Am J Public Health.* 2008;98(8):1430-7.
31. Apelberg BJ, Onicescu G, Avila-Tang E, Samet JM. Estimating the risks and benefits of nicotine replacement therapy for smoking cessation in the United States. *Am J Public Health.* 2010;100(2):341-8.
32. Klesges RC, Sherrill-Mittleman D, Ebbert JO, Talcott GW, Debon M. Tobacco use harm reduction, elimination, and escalation in a large military cohort. *Am J Public Health.* 2010;100(12):2487-92.
33. Cooper HL, Des Jarlais DC, Ross Z, Tempalski B, Bossak B, Friedman SR. Spatial access to syringe exchange programs and pharmacies selling over-the-counter syringes as predictors of drug injectors' use of sterile syringes. *Am J Public Health.* 2011;101(6):1118-25.
34. Collins SE, Malone DK, Clifasefi SL. Housing retention in single-site housing first for chronically homeless individuals with severe alcohol problems. *Am J Public Health.* 2013;103:S269-S74.
35. Popova L, Ling PM. Alternative tobacco product use and smoking cessation: a national study. *Am J Public Health.* 2013;103(5):923-30.
36. Iversen J, Wand H, Topp L, Kaldor J, Maher L. Reduction in HCV incidence among injection drug users attending needle and syringe programs in Australia: a linkage study. *Am J Public Health.* 2013;103(8):1436-44.
37. De Wit DJ, Hance J, Offord DR, Ogborne A. The influence of early and frequent use of marijuana on the risk of desistance and of progression to marijuana-related harm. *Prev Med.* 2000;31(5):455-64.
38. Godtfredsen NS, Prescott E, Osler M, Vestbo J. Predictors of smoking reduction and cessation in a cohort of Danish moderate and heavy smokers. *Prev Med.* 2001;33(1):46-52.
39. Hjalmarson A, Saloojee Y. Psychologists and tobacco: attitudes to cessation counseling and patterns of use. *Prev Med.* 2005;41(1):291-4.

40. Pisinger C, Vestbo J, Borch-Johnsen K, Jorgensen T. Smoking reduction intervention in a large population-based study. The Inter99 study. *Prev Med.* 2005;40(1):112-8.
41. Garcia M, Fernandez E, Schiaffino A, Peris M, Borrás JM, Cornella Hlth Interview Survey F. Smoking reduction in a population-based cohort. *Prev Med.* 2005;40(6):679-84.
42. Kelly AB, Lapworth K. The HYP program: targeted motivational interviewing for adolescent violations of school tobacco policy. *Prev Med.* 2006;43(6):466-71.
43. Newton NC, Andrews G, Teesson M, Vogl LE. Delivering prevention for alcohol and cannabis using the internet: a cluster randomised controlled trial. *Prev Med.* 2009;48(6):579-84.
44. Timberlake DS. Are smokers receptive to using smokeless tobacco as a substitute? *Prev Med.* 2009;49(2-3):229-32.
45. Rousu MC, O'Connor RJ, Thrasher JF, June KM, Bansal-Travers M, Pitcavage J. The impact of product information and trials on demand for smokeless tobacco and cigarettes: evidence from experimental auctions. *Prev Med.* 2014;60:3-9.
46. Ramos R, Ferreira-Pinto JB, Brouwer KC, Ramos ME, Lozada RM, Firestone-Cruz M, et al. A tale of two cities: social and environmental influences shaping risk factors and protective behaviors in two Mexico-US border cities. *Health Place.* 2009;15(4):999-1005.
47. Parkin S, Coomber R. Informal 'Sorter' Houses: a qualitative insight of the 'shooting gallery' phenomenon in a UK setting. *Health Place.* 2009;15(4):981-9.
48. Parkin S, Coomber R. Fluorescent blue lights, injecting drug use and related health risk in public conveniences: findings from a qualitative study of micro-injecting environments. *Health Place.* 2010;16(4):629-37.
49. Parkin S, Coomber R. Injecting drug user views (and experiences) of drug-related litter bins in public places: a comparative study of qualitative

research findings obtained from UK settings. *Health Place*. 2011;17(6):1218-27.

50. Parkin S, Coomber R. Public injecting drug use and the social production of harmful practice in high-rise tower blocks (London, UK): a Lefebvrian analysis. *Health Place*. 2011;17(3):717-26.

51. Parker J, Jackson L, Dykeman M, Gahagan J, Karabanow J. Access to harm reduction services in Atlantic Canada: implications for non-urban residents who inject drugs. *Health Place*. 2012;18(2):152-62.

52. Cooper HL, Des Jarlais DC, Tempalski B, Bossak BH, Ross Z, Friedman SR. Drug-related arrest rates and spatial access to syringe exchange programs in New York City health districts: combined effects on the risk of injection-related infections among injectors. *Health Place*. 2012;18(2):218-28.

53. Cintra AMDO, Caiaffa WT, Mingoti SA. Characteristics of male and female injecting drug users of the AjUDE-Brasil II Project. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(4):791.

54. Deslandes SF, Mendonca EA, Caiaffa WT, Doneda D. As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18(1):141.

55. Mingoti SA, Caiaffa WT. A capture-recapture technique to estimate the size of the injecting drug user population attending syringe exchange programs: AjUDE-Brasil II Project. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22:783-9.

56. Peterson J, Mitchell SG, Hong Y, Agar M, Latkin C. Getting clean and harm reduction: Adversarial or complementary issues for injection drug users. *Cad. Saúde Publica*. 2006;22(4):733-40.

57. Ferreira AD, Caiaffa WT, Bastos FI, Mingoti SA, II PA-B. Injecting drug users who are (un)aware of their HIV serostatus: findings from the multi-center study AjUDE-Brasil II. . *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(4): 815-826.

58. Fonseca EM, Ribeiro JM, Bertoni N, Bastos FI. Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. *Cad. Saude Publica*. 2006;22(4):761-70.
59. Nardi HC, Rigoni RdQ. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009; 25:382-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/17.pdf>.
60. Oliveira MdLA, A. HM, Oliveira SAND, Telles PR, Ó, do KMR, et al. "The first shot": the context of first injection of illicit drugs, ongoing injecting practices, and hepatitis C infection in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(4): 861-870.
61. Rossi D, Pía Pawlowicz M, Rangugni V, Zunino Singh D, Goltzman P, Cymerman P, et al. The HIV/AIDS epidemic and changes in injecting drug use in Buenos Aires, Argentina. *Cad. Saude Publica*. 2006;22(4):741-50.
62. Barros MBDA, Botega NJ, Dalgalarondo P, Marín-león L, Oliveira HBD. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev. Saúde Públ.* 2007;41(4):502.
63. Laranjo THM, Soares CB. Moradia universitária: processos de socialização e consumo de drogas *Rev. Saúde Públ.* [Internet]. 2006; 40:1027-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n6/10.pdf>.
64. Lima Md, Costa JAd, Figueiredo WdS, Schraiber LB. Invisibilidade do uso de drogas e a assistência de profissionais dos serviços de Aids. *Rev. Saúde Públ.* 2007;41(supl.2):6-13.
65. Marchesini AM, Prá-Baldi ZP, Mesquita F, Bueno R, Buchalla CM. Hepatites B e C em usuários de drogas injetáveis vivendo com HIV em São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(supl.2):57-63.
66. Moreira FG, Silveira DXd, Andreoli SB. Situações relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas públicas da cidade de São Paulo. *Rev. Saúde Públ.* [Internet]. 2006; 40(5):810-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/10.pdf>.

67. Inglez-Dias A, Ribeiro JM, Bastos FI, Page K. Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano. *Ciênc. saúde colet.* 2014;19(1):147-58.
68. Moraes M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciênc. saúde colet.* 2008;13(1):121-33.
69. Muñoz SIS, Takayanagui AMM, Santos CBd, Sanchez-Sweatman O. Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde. *Brazilian Nursing Communication Symposium*; São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP; 2002.
70. Atallah NA, Castro AA. Revisões sistemáticas da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. *Diagnóstico Tratamento.* 1997;2(2):12-5.
71. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(2):Editorial.
72. Lopes ALM, Fracoli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):771-8.
73. Espíndola CR, Blay SL. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: re visão sistemática e metassíntese. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.* 2006;28(3):265-75.
74. Blume AW. Seeking the middle way: G. Alan Marlatt and harm reduction. *Addict Res Theory.* 2012;20(3):218-26.
75. Rotgers F, Fromme K, Larimer M. In Memoriam: G. Alan Marlatt. *Addict Res Theory.* 2012;20(3):183-5.
76. Douglass C. Professor Marlatt's research led to increased understanding of addictive behaviors. *UW Arts & Sciences Release*

Regarding Dr Marlatt's life and work [Internet]. 2011. Available from: <http://www.artsci.washington.edu/marlatt.pdf>.

77. White HR, Larimer ME, Sher KJ, Witkiewitz K. In Memoriam. G. Alan Marlatt 1941–2011. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011;72(3):357.
78. Austrália SVsH. Dr. Alex Wodak Sidney, 2015 [cited 2015 Feb 02]. Available from: http://www.stvincents.com.au/index.php?option=com_content&task=view&id=469&Itemid=516.
79. Inciardi J, Harrison L. Harm reduction: national and international perspectives. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2000.
80. Matheus MCC. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências *Acta Paul Enferm*. 2009;22(Especial-Nefrologia):543-5.
81. Shaw SY, Shah L, Jolly AM, Wylie JL. Identifying heterogeneity among injection drug users: a cluster analysis approach. *Am J Public Health*. 2008;98(8):1430-7.
82. Iglesias SRA, Batista NA. A língua inglesa e a formação de mestres e doutores na área da saúde. *Rev. bras. educ. med*. 2010;34 (1):74-81.
83. Caiaffa WT, Bastos FI. Redução de danos: marcos, dilemas, perspectivas, desafios. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22:702-3.
84. Santos VED, Soares CB, Campos CMS. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. Harm reduction: analysis of the concepts that guide practices in Brazil. *Physis*. 2010;20(3):995.
85. Andrade TdM. Redução de danos um novo paradigma? Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Bahia: EDUFBA; 2004.
86. Delbon F, Da Ros V, Ferreira EMA. Avaliação da disponibilização de kits de redução de danos saúde e sociedade [Internet]. 2006; 15: 37-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n1/05.pdf>.

87. Machado LV, Boarini ML. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicol., Ciênc. Prof.* [Internet]. 2013; 33(3):580-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a06.pdf>.
88. Valério ALR. (Mal)dita liberdade e cidadania: a redução de danos em questão. Salvador: Universidade Católica do Salvador; 2010.
89. Sodelli M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. *Ciênc. saúde colet.* 2010;74(5):637.
90. Grau LE, Arevalo S, Catchpool C, Heimer R. Expanding harm reduction services through a wound and abscess clinic. *Am J Public Health.* 2002;92(12):1915.
91. Moore E, Han J, Serio-Chapman C, Mobley C, Watson C, Terplan M. Contraception and clean needles: feasibility of combining mobile reproductive health and needle exchange services for female exotic dancers. *Am J Public Health.* 2012;102(10):1833-6.
92. Montigny Ld, Moudon AV, Leigh BC, Kim SY. A spatial analysis of the physical and social environmental correlates of discarded needles. *Health Place.* 2011;17(3):757-66.
93. Masur J, Carlini Cotrim B. Padrão de uso de drogas psicotrópicas precedendo a internação por dependência. *Rev ABP-APAL.* 1987;9(4):145-50.
94. Carlini EA. A história da maconha no Brasil. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2006; 55(4):314-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n4/a08v55n4.pdf>.
95. Tatarsky A, Marlatt GA. State of the art in harm reduction psychotherapy an emerging treatment for substance misuse. *J CLIN PSYCHOL.* 2010;66(2).
96. Witkiewitz K, Marlatt GA. Overview of harm reduction treatments for alcohol problems.(Report). *Int J Drug Policy.* 2006;17(4):285.

97. Brasil. I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. Brasília: SENAD; 2010.
98. Brasil. Legislação e políticas públicas sobre drogas. Brasília: SENAD, 2008.
99. Brasil. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2.ed. rev. ampl. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
100. Larimer ME, Malone DK, Garner MD, Atkins DC, Burlingham B, Lonczak HS, et al. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. JAMA. 2009;301(13):1349.
101. Spink MJP. Ser Fumante em um mundo antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. Saúde Soc. [Internet]. 2010; 19:481-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/02.pdf>.
102. Cruz MS. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In: Cirino O, Medeiros R, editors. Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica; 2006. p. 13-24.
103. Santos VEd, Soares CB, Campos CMS. A produção científica internacional sobre redução de danos: uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS. SMAD, Rev. Eletronica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.). [Internet]. 2012; 8(1):41. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49595/53670>.
104. Duarte PdC, Delgado PG. Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras. In: CFP, editor. Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2010. p. 128.

105. Reuter P, Caulkins JP. Redefining the goals of national drug policy: recommendations from a working group. *Am J Public Health.* 1995;85(8 Pt 1):1059-63.
106. Mindfulness and metaphor in relapse prevention: an interview with G. Alan Marlatt. *J Am Diet Assoc.* 1994;94(8):846-8.
107. Wechsberg WM, Lam WK, Zule WA, Bobashev G. Efficacy of a woman-focused intervention to reduce HIV risk and increase self-sufficiency among African American *crack* abusers. *Am J Public Health.* 2004;94(7):1165-73.

Quadro 1 – Classificação dos 6 (seis) periódicos selecionados para análise.

Periódico	Qualis CAPES Saúde Coletiva	FI	Escopo do periódico
Cadernos de Saúde Pública (CSP)	A2	0.826	Publicar artigos originais que contribuam para o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins, como epidemiologia, nutrição, parasitologia, ecologia e controles de vetores, saúde ambiental, políticas públicas e planejamento em saúde, ciências sociais aplicadas à saúde, dentre outras.
Ciência & Saúde Coletiva (CSC)	B1	0.4416 ²⁵	Publicar debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para a Saúde Coletiva.
Revista Saúde Pública (RSP)	A2	1.066	Finalidade publicar contribuições científicas originais sobre temas relevantes para a saúde pública em geral.
American Journal of Public Health (AJPH)	A1	3.930	Dedica-se a publicação de trabalhos originais de investigação, métodos de pesquisa e avaliação de programas na área da saúde pública.
Preventive Medicine (PM)	A1	3.496	Fornecer pronta publicação de artigos originais sobre a ciência e a prática da prevenção de doenças, promoção da saúde, e de formulação de políticas de saúde pública.
Health Place (HP)	A2	2.419	A revista é uma revista interdisciplinar dedicado ao estudo de todos os aspectos de saúde e cuidados de saúde em que lugar ou assuntos localização. Nos últimos anos temos visto laços mais estreitos em evolução entre a geografia médica, sociologia médica, política de saúde, saúde pública e epidemiologia.

²⁵Fator de impacto consultado no link da SciELO para esta revista, pois a mesma não consta do JCR. Link: http://statbiblio.scielo.org//stat_biblio/index.php?state=05&lang=pt&country=scl&issn=1413-8123&CITED%5B%5D=1413-8123&YNG%5B%5D=2012&YNG%5B%5D=2011

Quadro 2 – Estratégias de busca nas bases consultadas.

PERIÓDICO	BASE DE CONSULTA	ESTRATÉGIA
CSP	BVS	(ta:(cadernos de saúde pública)) AND (tw:(redução)) AND (tw:(dano\$))
	SciELO ²⁶	redução [All indexes] and dano\$ [All indexes]
	LILACS	((redução AND dano\$) OR mh:("Redução do Dano")) AND (ta:(cadernos de saúde publica) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS"))
CSC	BVS	(ta:(Ciência Saúde Coletiva)) AND (tw:(redução)) AND (tw:(dano\$))
	SciELO ²⁷	redução [All indexes] and dano\$ [All indexes]
	LILACS	((redução AND dano\$) OR mh:("Redução do Dano")) AND (ta:(ciência & Saúde Coletiva)) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS"))
RSP	BVS	(ta:(revista de saúde pública)) AND (tw:(redução)) AND (tw:(dano\$))
	SciELO ²⁸	redução [Todos os índices] and dano\$ [Todos os índices]
	LILACS	((redução AND dano\$) OR mh:("Redução do Dano")) AND (ta:(revista de saúde pública)) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS"))
AJPH	PUBMED	((("Harm Reduction"[Mesh] OR (harm[All Fields] AND (Minimization[All Fields] OR reduction[All Fields]))) AND "American journal of public health"[Journal])

²⁶ Link do periódico dentro da Scielo:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0102-311X&lng=en&nrm=iso

²⁷ Link do periódico dentro da Scielo:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1413-8123&lng=en&nrm=iso

²⁸ Link do periódico dentro da Scielo:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0034-8910&lng=en&nrm=iso

	<i>Web of Science</i>	Nome da publicação: (AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH) AND Tópico: (Harm Reduction OR (harm AND (Minimization OR reduction)))
PM	PUBMED	((("Harm Reduction"[Mesh] OR (harm[All Fields] AND (Minimization[All Fields] OR reduction[All Fields]))) AND "Preventive medicine"[Journal])
	<i>Web of Science</i>	Nome da publicação: (PREVENTIVE MEDICINE) AND Tópico: (Harm Reduction OR (harm AND (Minimization OR reduction)))
HP	PUBMED	((("Harm Reduction"[Mesh] OR (harm[All Fields] AND (Minimization[All Fields] OR reduction[All Fields]))) AND "Health & place"[Journal])
	<i>Web of Science</i>	Nome da publicação: (HEALTH PLACE) AND Tópico: (Harm Reduction OR (harm AND (Minimization OR reduction)))

Figura 1 – Revisão sistemática sobre RD em periódicos nacionais e internacionais.

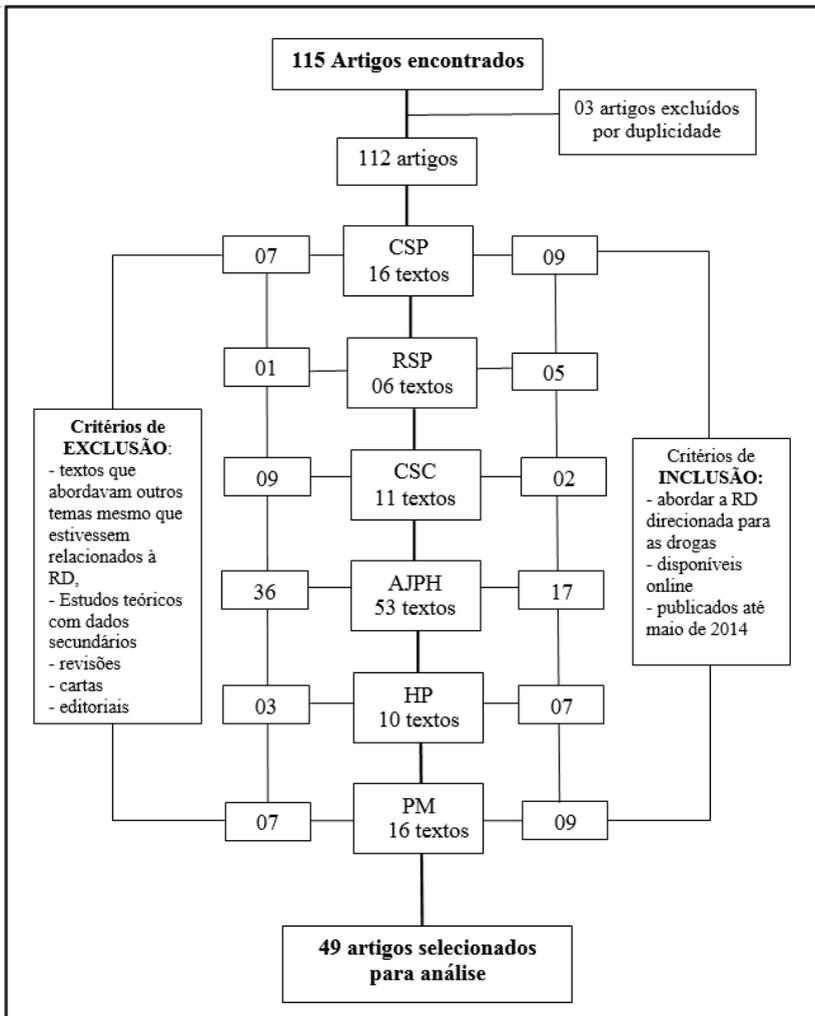


Tabela 1 - Número de artigos segundo periódico publicado, continente da publicação, idioma, formação do 1º autor, ano por década, metodologia do estudo, droga abordada, sexo e idade da população pesquisada.

Variável	Nº
Periódico	
Internacional	33
Nacional	16
Continente	
América do Sul	14
Oceania	3
América do Norte	19
Europa	10
Multicêntrico	3
Idioma da publicação	
Inglês	41
Português	8
Formação do 1º autor por área	
Não encontrado	28
Ciências da Saúde	15
Ciências Exatas	2
Ciências Humanas	4
Ano de publicação (década)	
1990	2
2000	34
2010	13
Sexo	
Ambos	37
Indeterminado	10
Mulheres	1
Não se aplica	1
Faixa etária*	
0 a 10	4

11 e 20	34
21 e 30	35
31 e 40	33
41 e 50	32
50 ou mais	28
Não descreve	12
Metodologia	
QL**	14
QQ***	1
QT****	34
Droga	
Álcool	2
Álcool e drogas	4
Álcool e maconha	1
Tabaco	13
Drogas	1
Maconha	1
Metadona	2
Droga Injetável	25

*A idade foi apresentada por faixa etária, os artigos abrangeram mais de uma faixa etária foram contabilizados em ambas.

** QL: metodologia qualitativa

*** QQ: metodologia quanti-qualitativa

**** QT: metodologia quantitativa

Quadro 3: Estudos de redução de danos em periódicos nacionais e internacionais da Saúde Coletiva segundo fonte de definição de conceito e tipo de instrumento de coleta de dados.

Autor(es)/ Ano	Fonte de definição da RD	Instrumento de coleta	Periódico
Hartgers <i>et al.</i> , 1992(20)	Não descreve fonte da definição	Não descrito	AJPH
Mahon, 1996(21)	Não descreve fonte da definição	Instrumento próprio	AJPH
Dewit <i>et al.</i> , 2000(37)	Não descreve fonte da definição	<i>1990 – 1991 Ontário Mental Health Supplement</i>	PM
Godtfredsen <i>et al.</i> , 2001(38)	Não descreve fonte da definição	<i>Copenhagen City Heart Study in 1976–1978</i>	PM
Hope <i>et al.</i> , 2001(22)	Não descreve fonte da definição	<i>Injecting Risk Questionnaire</i>	AJPH
Langendam <i>et al.</i> , 2001 (23)	Não descreve fonte da definição	<i>Amsterdam Cohort</i>	AJPH
Deslandes <i>et al.</i> , 2002 (54)	Não descreve fonte da definição	Instrumento próprio	CSP
Tsemberis, Gulcur e Nakae, 2004(24)	(Inciardi and Harrison, 2000)	<i>Consumer Choice, New Hampshire Dartmouth Research Center, Drug and Alcohol Follow-Back Calendar, Treatment Services Inventory, Colorado Symptom Index</i>	AJPH
Zambrana <i>et al.</i> , 2004(25)	Não descreve fonte da definição	<i>Ciclo 5 do National Survey of Family Growth (1995).</i>	AJPH

Garcia <i>et al.</i> , 2005(41)	Não descreve fonte da definição	<i>Cornella Health de Follow-up Study</i>	PM
Hjalmarson e Saloojee, 2005(39)	Não descreve fonte da definição	Instrumento próprio	PM
Pisinger <i>et al.</i> , 2005(40)	Não descreve fonte da definição	Inter 99	PM
Tindle <i>et al.</i> , 2006(26)	Não descreve fonte da definição	<i>Questionnaire o Alcohol Use Disorder Identification Test</i>	AJPH
Cintra, Caiaffa e Mingoti, 2006(53)	Não descreve fonte da definição	Projeto AJUDE-Brasil II	CSP
Ferreira <i>et al.</i> , 2006(57)	Não descreve fonte da definição	Projeto AJUDE-Brasil II	CSP
Fonseca <i>et al.</i> , 2006(58)	Não descreve fonte da definição	Cross-sectional survey instrument	CSP
Kelly e Lapworth, 2006(42)	Não descreve fonte da definição	<i>Likert Scale; The Smoking Refusal Self Efficacy Questionnaire (SRSEQ), MFTQ; MANOVA</i>	PM
Mingoti e Caiaffa, 2006(55)	Não descreve fonte da definição	Projeto AJUDE-Brasil II	CSP
Moreira, Silveira e Andreoli, 2006(66)	(Marlatt, 1999)	Instrumento próprio	RSP
Oliveira <i>et al.</i> , 2006 (60)	Não descreve fonte da definição	Instrumento próprio	CSP
Peterson <i>et al.</i> , 2006(56)	Harm Reduction Coalition (Ptah, 2003)	STEP	CSP
Rossi <i>et al.</i> , 2006(61)	Não descreve fonte da definição	<i>Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use</i>	CSP

		(proposed by the Substance Abuse Program of the World Health Organization (SAP/WHO) and by UNAIDS)	
Nelson <i>et al.</i> , 2006(27)	Não descreve fonte da definição	National Health Interview Survey (NHIS)	AJPH
Barros <i>et al.</i> , 2007(62)	Não descreve fonte da definição	Self-Report Questionnaire o Alcohol Use Disorder Identification Test	RSP
Kerr <i>et al.</i> , 2007(28)	Não descreve fonte da definição	Scientific Evaluation of Supervised Injecting (SEOSI)	AJPH
Laranjo e Soares, 2006(63)	Não descreve fonte da definição	Instrumento próprio	RSP
Lima <i>et al.</i> , 2007(64)	Não descreve fonte da definição	Instrumento próprio	RSP
Marchesini <i>et al.</i> , 2007(65)	Não descreve fonte da definição	WHO II	RSP
Deruiter <i>et al.</i> , 2008(29)	Não descreve fonte da definição	Canadian Community Health Survey (CCHS) Cycle1. 1 (2000-2001)	AJPH
Shaw <i>et al.</i> , 2008(30)	Não descreve fonte da definição	Não descrito	AJPH
Moraes, 2008(68)	Não descreve fonte da definição	Instrumento próprio	CSC
Ramos <i>et al.</i> , 2009 (46)	Não descreve fonte da definição	Instrumento próprio	HP
Nardi e Rigoni, 2009(59)	(Wodak, 1998)	Instrumento próprio	CSP

Newton <i>et al.</i> , 2009(43)	Não descreve fonte da definição	Adaptado do <i>School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP)</i> ; adaptado <i>do Cannabis Quis/ Climate Schools: Alcohol and Cannabis course</i>	PM
Parkin e Coomber, 2009(47)	Não descreve fonte da definição	Instrumento próprio	HP
Timberlake, 2009(44)	Não descreve fonte da definição	<i>California Tobacco Survey (CTS)</i>	PM
Apelberg <i>et al.</i> , 2010(31)	Não descreve fonte da definição	<i>Heart Study in 1976– 1978</i>	AJPH
Parkin e Coomber, 2010 (48)	Não descreve fonte da definição	Instrumento próprio	HP
Klesges <i>et al.</i> , 2010(32)	Não descreve fonte da definição	Instrumento próprio	AJPH
Parkin e Coomber, 2011(49)	Não descreve fonte da definição	Instrumento próprio	HP
Cooper <i>et al.</i> , 2011 (33)	Não descreve fonte da definição	<i>Risk Factors for AIDS Among Intravenous Drug Users study</i>	AJPH
Parkin e Coomber, 2011(50)	Não descreve fonte da definição	<i>Public Injecting Rapid Appraisal Service (PIRAS)</i>	HP
Parker <i>et al.</i> , 2012(51)	(Marlatt, 1996)	Instrumento próprio	HP
Cooper <i>et al.</i> , 2012(52)	Não descreve fonte da definição	Instrumento próprio	HP
Popova e Ling, 2013(35)	Não descreve fonte da definição	Não descrito	AJPH

Collins, Malone e Clifasefi, 2013(34)	Não descreve fonte da definição	<i>Addiction Severity Index, Brief Symptom Inventory, Physical Health Form 8</i>	AJPH
Iversen <i>et al.</i> , 2013 (36)	Não descreve fonte da definição	<i>Australian NSP Survey (ANSPS)</i>	AJPH
Inglez-Dias <i>et al.</i> , 2014 (67)	(Brasil, 2009) Relatório Brasileiro sobre drogas	<i>UFO Study</i>	CSC
Rousu <i>et al.</i> , 2014(45)	Não descreve fonte da definição	Não se aplica	PM

ARTIGO 2 – ANÁLISE DOS PRINCÍPIOS DA REDUÇÃO DE
DANOS NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA SAÚDE
COLETIVA

Análise dos Princípios da Redução de Danos na Produção Científica da Saúde Coletiva

Analysis of the principles of harm reduction in the Scientific Production of Public Health

Título resumido: A redução de danos e seus princípios na saúde coletiva

Short title: Harm reduction and its principles in public health

Resumo

A redução de danos (RD) oferece alternativas de abordagem diante do uso abusivo das drogas. Trata-se de uma estratégia internacional com ações diversificadas, transformando-se em uma possibilidade de produção de saúde diferente da lógica da abstinência. O pesquisador Marlatt¹ propõe princípios que fundamentam a RD, debatendo tópicos ligados ao complexo contexto das drogas e suas estratégias de cuidado. O objetivo deste estudo é analisar como os princípios da RD propostos por Marlatt aparecem nas publicações na área da Saúde Coletiva. Dessa forma, desenvolvemos uma revisão sistemática, de periódicos nacionais e internacionais que publicaram textos sobre RD, disponíveis *online*. O estudo mostra que a RD pode ser uma ferramenta importante para mudança de práticas e paradigmas vinculados ao tema drogas. Ficou identificado que a Saúde Coletiva necessita ampliar esse debate, visto que seu campo de intervenção permite preencher lacunas existentes com alternativas de cuidado entre o uso e a abstinência, com estratégias inovadoras, impulsionando a RD.

Palavras-Chave: redução do dano, usuário de drogas, Saúde Coletiva, revisão, publicações periódicas.

Abstract

Harm reduction (HR) offers alternatives to drugs misuse. This is an international strategy with diversified actions, turning into health production possibility different from the withdrawal logic. The researcher Marlatt¹ proposes principles that underlie HR, discussing topics related to the complex environment of drugs and their care strategies. The objective of this study is to analyze how the principles of HR proposed by Marlatt appear on publications in Public Health fields. Thus, we developed a meta-synthesis of national and international journals that have published texts on HR, available *online*. The study shows that HR can be an important tool for changing practices and paradigms linked to drug. It was identified that public health need to expand this debate, since the operating environment allows to fill existing gaps with healthcare alternatives between use and abstinence, with innovative strategies, boosting HR.

Key Words: harm reduction, drug user, public health, review, periodicals.

Introdução

O uso abusivo de drogas é uma realidade complexa que necessita de estratégias que enfrentem esse desafio de forma ampla e integral. A redução de danos (RD) é uma estratégia que abre espaço para uma alternativa aos usuários de drogas que não querem ou não conseguem parar completamente o uso.

Essa estratégia tem impulsionado mudanças transformando o paradigma mundial sobre a compreensão da relação dos problemas entre as drogas e o homem, e como a sua inserção na saúde pode potencializar esse processo.^{2,3}

A RD aparece inicialmente em resposta à crise da HIV/AIDS na década de 1980, diante do risco de contaminação dos Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs). Mantém-se até os dias atuais com a ampliação de abordagens por meio de ações diversificadas, e com inserção em diversas nações como Austrália, Brasil, Canadá, Estados Unidos (EUA), alguns países na Europa e América Latina, que incluem sua proposta como abordagem aos problemas com as drogas, como uma estratégia alternativa à lógica da abstinência, que possibilita oferta e acesso à saúde.¹⁻¹⁰

A primazia da RD é o reconhecimento de que o tratamento deva começar a partir das necessidades do sujeito, de acordo com seus objetivos pessoais, e que toda mudança que reduza danos associados com o uso da substância seja valorizada.^{3,9}

Dessa forma, essa estratégia propõe refletir e elaborar ações e políticas públicas direcionadas ao atendimento de demandas do indivíduo e/ou comunidade. Existem experiências e estudos que colocam de maneira geral que as ações de RD são efetivas, de baixo custo e adequadas ao contexto.^{3,7,11,12}

G. Alan Marlatt, pesquisador no campo da dependência química, influenciou inúmeros acadêmicos que hoje estudam a RD. Pioneiro na sua defesa como uma alternativa para a "tolerância zero", reconheceu desde o início que a abstinência, como único objetivo do tratamento, muitas vezes impedia usuários de drogas a procurarem tratamento. Associada à saúde pública, a redução de danos oferece um conjunto pragmático e compassivo de estratégias destinadas a reduzir as consequências prejudiciais do uso de drogas para os usuários e comunidades. Assim, este autor propõe princípios para RD, que abordam os temas centrais da redução de danos.^{1,13-17}

Esses princípios propostos por Marlatt¹ estão organizados em cinco tópicos básicos: (a) a RD é uma alternativa de saúde pública para modelos

moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas; (b) a RD reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam danos; (c) a RD surgiu principalmente como uma abordagem de “baixo para cima”; (d) a RD promove acesso a serviços de baixa exigência como alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência e, por último, (e) a RD baseia-se nos princípios do pragmatismo empático *versus* idealismo moralista.

Considerando como fundamental essa abordagem para aprofundar as diferentes experiências dessa estratégia, o objetivo deste estudo é analisar como os princípios da RD, propostos por Marlatt¹, são descritos nas publicações nacionais e internacionais da área de Saúde Coletiva.

Metodologia

A estratégia metodológica adotada para alcançar os objetivos deste estudo foi a revisão sistemática. A revisão sistemática constitui um tipo de investigação científica que objetiva reunir, avaliar criticamente e conduzir uma síntese de múltiplos estudos primários.¹⁸ Dessa forma, é possível identificar, selecionar e avaliar as pesquisas relevantes, que são incluídas na revisão.

Levando-se em consideração o objetivo deste trabalho, optou-se por limitar a busca em seis periódicos de referência para Saúde Coletiva, divididos igualmente entre nacionais e internacionais. Para a seleção dos periódicos foram utilizados três critérios: (a) objetivo do periódico direcionado para a área da Saúde Coletiva, (b) classificação do periódico na WebQualis do Portal CAPES na área de Saúde Coletiva e (c) fator de impacto da revista. O objetivo desta busca foi de realizar a pesquisa em periódicos com artigos que debatessem o tema desde o início da proposta da RD até 2014. O resultado final está apresentado no Quadro 1.

Os critérios de seleção dos textos foram: para a inclusão no estudo, o artigo deveria abordar a RD direcionada para as drogas, estar disponível *online* e ter sido publicado até maio de 2014. Assim, foram adotados como critérios de exclusão de textos: abordagem de outros temas, mesmo que relacionados à RD, cartas, editoriais, os estudos quantitativos, quali-quantitativos, revisões (sistemáticas, literatura, documental) e textos que não descreveram a metodologia. A busca e a seleção dos artigos incluídos na revisão foram realizadas por dois revisores de forma independente.

Para análise dos princípios da RD, descritos na literatura por Marlatt,¹ nas publicações nacionais e internacionais da área de Saúde Coletiva, foi realizada uma metassíntese que permite uma análise por meio da combinação de estudos qualitativos semelhantes e desse conjunto de dados e métodos analíticos. Pode-se dizer que é uma integração interpretativa de achados qualitativos.^{19, 20} O resultado possibilita a generalização dos achados e a utilização na prática; ou seja, permite determinar as melhores práticas, maximizar e aplicar os melhores resultados em tempo mais curto com os menores custos possíveis.^{20, 21}

Entre os critérios de seleção dos estudos, Sousa & Branco²¹ sugerem que os estudos devem utilizar métodos qualitativos rigorosos e os resultados devem ser sustentados por fontes primárias. Além disso, é aconselhado que a amostra não contenha mais que dez artigos, visto que uma amostra demasiadamente grande pode dificultar a análise e comprometer a validade

das conclusões. Para isso, deve-se definir uma estratégia de amostragem intencional, para fixar os limites.

A metassíntese neste estudo vai analisar os estudos primários qualitativos encontrados na pesquisa. A busca foi orientada pela pergunta: Como os princípios da RD, propostos por Marlatt,¹ se apresentam nas publicações nacionais e internacionais na área da Saúde Coletiva?

No intuito de adequar a proposta metodológica de não ultrapassar os dez artigos, foi realizada a categorização dos princípios da RD dos artigos selecionados. Os textos foram lidos na íntegra e categorizados em um ou mais princípios da RD, quando os tópicos referentes ao princípio aparecessem nos resultados, discussão e/ou conclusão do artigo analisado. A matriz de categorização foi elaborada com tópicos-chave de cada princípio, pautada na teoria proposta por Marlatt,¹ apresentada no Quadro 2, para orientar a categorização.

Para esta análise proposta foram incluídos os artigos que abordaram três ou mais princípios, e excluídos os que tiveram apenas um ou dois princípios no debate. Após a categorização, os artigos incluídos nesta análise foram oito. A Figura 1 apresenta a estratégia de busca e seleção dos artigos.

Inicialmente foram identificados 115 estudos, três foram excluídos por duplicidade e 29 por não atenderem aos critérios de inclusão (abordar a RD direcionada para as drogas, disponibilidade *online* e publicação até maio de 2014), e se enquadrarem nos critérios de exclusão (abordavam outros temas mesmo que estivessem relacionados à RD, cartas e editoriais). O resultado desta etapa atingiu 83 artigos, que passaram por nova análise direcionando a seleção para metassíntese, totalizando, no final, 13 textos. Nesta etapa, para chegar a esses 13 artigos, foram excluídos os estudos quantitativos, quali-quantitativos, revisões (sistemáticas, literatura, documental) e os que não descreveram a metodologia. A última etapa da seleção dos artigos foi a leitura dos 13 textos na íntegra analisado a sua relação com os princípios da RD. Os textos que foram categorizados em pelo menos três princípios foram considerados elegíveis para este estudo, resultando em oito artigos.

Os textos foram analisados a partir dos pressupostos teóricos – meta-teoria, meta-método e meta-análise do estudo. A meta-teoria faz a análise dos problemas, conceitos e teorias que levaram os pesquisadores a explorarem determinadas questões. No meta-método, as metodologias adotadas são analisadas e verificado o seu impacto no objetivo do estudo. A meta-análise é a reinterpretação dos dados conjuntos dos estudos selecionados.²¹⁻²³ Assim, após essas sínteses parciais do estudo, foi elaborada uma síntese final discutindo a RD e seus princípios na perspectiva proposta por Marlatt.¹

Resultados

Os oito artigos²⁴⁻³¹ selecionados para desenvolvimento dessa pesquisa são, na sua maioria, provenientes de periódicos nacionais, sendo seis estudos brasileiros e um canadense; e no periódico internacional, um artigo estadunidense; sendo, estes últimos estudos citados publicados em inglês. Os usuários de droga injetável foram alvo de pesquisa de quatro artigos, o álcool e outras drogas de três, e apenas um abordou o debate da droga de forma generalizada, conforme apresentado no Quadro 3.

Podemos dividir os estudos em duas modalidades a partir do título e dos sujeitos da pesquisa: estudos sobre as percepções e concepções a respeito de drogas sob a perspectiva dos usuários de alguma substância psicoativa, em geral de uso injetável, e estudos que envolvem não-usuários, ou seja, profissionais, familiares, estudantes.

Foi encontrado maior número de publicações nos periódicos nacionais. Essa constatação pode sinalizar uma preocupação dos pesquisadores nacionais em investigar a dinâmica psicossocial e cultural da droga na sociedade, aproximando assim a evidência científica à prática cotidiana, e potencializando intervenções mais efetivas e assertivas.³⁴

O debate nacional sobre a redução de danos foi principalmente direcionado ao álcool e outras drogas, o que mostra a preocupação em investigar aspectos socioculturais dessas substâncias. Sabe-se que no Brasil as drogas mais consumidas são o álcool seguido do tabaco, sendo a primeira responsável por 90% das mortes relacionadas ao uso de substâncias psicoativas.^{11, 35}

Relativamente ao uso de drogas injetáveis, as publicações nacionais mostram a percepção dos usuários sobre os riscos vinculados a esse meio de consumo direcionados ao HIV/AIDS e as estratégias preventivas como os programas de redução de danos (PRD). Apontam, também, aspectos que remetem às primeiras ações de redução de danos no País e no mundo.^{1, 36, 37}

No âmbito internacional, os dois artigos^{27, 31} abordam aspectos relativos aos contextos dos países de origem. O artigo canadense³¹ aborda o acesso dos usuários de drogas injetáveis de áreas distantes dos grandes centros urbanos aos serviços e/ou programas de troca de seringas. Enquanto que o artigo estadunidense²⁷ discute com usuário a dicotomia ideológica entre redução de danos e o modelo terapêutico baseado na abstinência. Este choque de pensamentos não surpreende visto que os EUA é o país líder no movimento de guerra às drogas.^{4, 27, 33}

Estes resultados internacionais podem contribuir com propostas nacionais. O primeiro artigo³¹ debate a preocupação de acesso universal a todos os cidadãos à saúde. No Brasil, a saúde é tratada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que propõe a inclusão, universalidade, equidade e integralidade, de todos os que aqui vivem. Dessa forma, seus princípios coadunam-se com a proposta da RD³⁸. O desafio se assemelha com o Brasil na extensão e fronteiras, diversidade cultural ímpar com realidades físicas, econômicas e sociais múltiplas existentes no Canadá.³⁹ O segundo artigo²⁷ pode contribuir com a reflexão trazida pelo choque ideológico das abordagens, visto que o Brasil também convive com essa questão divergente que pode ser percebida, por exemplo, nas disputas de legitimidade entre as propostas proibicionistas e redução de danos na política nacional.^{40 - 42}

Meta-teoria

Nesta parte, foram investigadas as bases teóricas para redução de danos dos artigos selecionados. Três artigos utilizam como referencial teórico G. Alan Marlatt, associado a outros autores que debatem o tema, seja para conceituar a redução de danos^{26, 31} ou apenas como referência para o tema.²⁵

O texto de Lima *et al.*²⁸ não aborda a discussão teórica da redução de danos, mas centraliza o seu debate no efeito do atendimento a usuários de drogas em serviços de assistência a AIDS. O texto de Deslandes *et al.*,²⁴ por sua vez, aborda a discussão de riscos investigados dentro de cinco Programa de Redução de Danos (PRD), também sem conceituar ou contextualizar a estratégia da redução de danos, direcionando o debate para o conceito de risco. Considerando que a redução de danos orienta o modelo de atenção destes serviços, surpreende a ausência do referencial conceitual da redução de danos. Essas afirmações nos levam a pensar que a compreensão da redução de danos está clara para esses autores, ou não é central no debate à abordagem às drogas, mesmo que a RD seja a estratégia orientadora das práticas.

Os demais textos abordam alguns tópicos-chave discutidos nos princípios propostos por Marlatt,¹ tais como: reduzir consequências negativas do uso de substâncias,^{27, 30} qualquer mudança na direção da redução dos danos é válida,²⁷ etapa no processo do tratamento²⁷, prevenção,²⁷ estratégias de autocuidado,²⁹ intervenção de saúde pública,²⁹ não é contrária a abstinência,^{27, 29} abordagem humanizada e respeitosa,²⁹ busca por uma saúde possível para usuários e familiares,^{27, 30} instrumento de luta de garantia de direitos,^{29, 30} autonomia,²⁷ liberdade de manter o uso.³⁰

Meta-método

A abordagem metodológica utilizada pelas pesquisas é variada, porém a estratégia de coleta deu-se, predominantemente, por meio de entrevista semiestruturada, conforme demonstrado no Quadro 4.

A seleção dos participantes se destaca, visto que cinco estudos utilizaram estratégias metodológicas, em alguma medida, pautadas no vínculo e na confiança com os entrevistadores. Deslandes *et al.*²⁴ apontam que os entrevistados, por serem clientes do PRD, conheciam os entrevistadores por conviverem na mesma rede de sociabilidade, o que evitou problemas na entrada em campo. Estratégia semelhante foi adotada por Parker *et al.*³¹ que selecionaram seus entrevistadores entre os trabalhadores em organizações de redução de danos e em serviços que atendem aos usuários com troca de seringas, como estratégia para acessar e conseguir as informações necessárias – sexo, localização, etnia, sexualidade, emprego – de um amplo espectro de usuários de cada localidade. Um pouco diferente, mas em certa medida buscando a confiança no público-alvo do seu estudo, Peterson *et al.*²⁷ utilizaram a propaganda de “boca-a-boca”, sensibilização em abordagens na rua, jornal da comunidade, etc. para chamar atenção ao estudo e utilizaram um casal de co-facilitadores com características que se assemelhavam com seu público-alvo. Laranjo & Soares²⁵ adotaram a técnica bola de neve, onde o entrevistado indicava alguém que estaria disponível a participar da pesquisa, o que possibilita uma melhor recepção ao entrevistador, visto que este é de alguma forma apresentado.

Poucos estudos declararam a técnica de análise de dados utilizada; dentre as exceções, mencionou-se a análise de conteúdo ou temática.^{24,27,28}

Meta-análise

Os estudos foram reinterpretados à luz da proposta dos princípios da RD de Marlatt.¹ Para tal, eles foram categorizados em três ou mais princípios, conforme apresentado no Quadro 5, que configura o corpo de análise deste artigo.

Discussão:

Os princípios da RD estão basicamente pautados nos ideais do pragmatismo, humanismo, objetivos imediatos e atingíveis, partindo do reconhecimento de que as drogas são prejudiciais, mas fazem parte da sociedade.³ Abordam de forma ampliada diversos tópicos ligados ao complexo contexto do tema drogas. A RD é adotada como uma alternativa de saúde pública na atenção ao usuário de droga, sem excluir do processo a abstinência. É centrada no sujeito e na sua proteção por meio do acesso ao cuidado, entre a dicotomia do pragmatismo empático *versus* idealismo moralista que compõe esta realidade.¹

O primeiro princípio apresentado por Marlatt¹ aponta a RD como uma alternativa de saúde pública para modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas, aborda os modelos divergentes, com base nas opiniões sobre o uso e dependência de drogas. Marlatt¹⁷ descreve que a RD se fundamenta nos princípios de saúde pública, com base popular, haja vista ser ela resgatada na contemporaneidade pelos próprios usuários de drogas, em defesa dos seus direitos. No Brasil, o SUS é regido pelos valores da universalidade, da democracia e da ética. Deve ser praticado de forma igualitária, equitativa, solidária, humanitária, flexível culturalmente e integral. Contudo, necessita atualizar seus conceitos e abordagens para dar conta da saúde de todos os brasileiros.⁴³ Assim, parece lógico que a RD torne-se alternativa de Saúde Coletiva aos modelos tradicionais que não estão dando conta do cuidado aos usuários de drogas, haja vista sua aproximação dos pressupostos do nosso sistema de saúde.

A discussão relativa a esse princípio será realizada junto com o quinto princípio, pois além de todos os oito artigos terem sido categorizados nos dois princípios, conforme apresentado no Quadro 5, o debate de ambos apresenta interfaces semelhantes. Enquanto o primeiro se preocupa com saúde pública e a discussão de modelos divergentes, o quinto trata do pragmatismo empático *versus* idealismo moralista.

O pragmatismo empático compreende que comportamento prejudicial acontece, e com base nesse entendimento foca no que é possível fazer para reduzir o dano e sofrimento de todos os envolvidos, desde a ordem privada até a coletiva. Marlatt¹ destaca, em sua abordagem, que o pragmatismo tem a função de mediador e reconciliador, que oportuniza a flexibilização das teorias. Portanto não se preocupa com a questão moral – certo ou errado – mas põe seu foco em questões cotidianas de práticas pautadas na realidade

do sujeito e a validade dessas questões é avaliada pelos resultados práticos para a Saúde Coletiva.

Em contraposição temos o idealismo moralista, que acredita ingenuamente na construção de uma sociedade sem drogas, e entende que as propostas de RD podem passar uma ideia de convivência ou que podem promover o uso de drogas. A RD aceita que alguns vão continuar fazendo uso da droga; no entanto, não significa ser conivente ou incentivar esses comportamentos. Seus agentes questionam a relação de cada indivíduo com a substância, quais os verdadeiros prejuízos com o uso e buscam compreender ao invés de rotular.¹

O idealismo moralista associado ao modelo moral/criminal/doença primeiramente direciona as intervenções para as drogas ilícitas, onde o uso e/ou a distribuição é ilegal e são crimes que merecem punição, e suas propostas de intervenção são direcionadas para a redução da oferta. E sequencialmente coloca a dependência como uma questão biológico-genética que necessita de tratamento e reabilitação, sendo a abordagem focada na redução da demanda. A abstinência é um valor compartilhado por ambos os modelos, como única meta aceitável, seja para prisão ou tratamento.¹⁷ Evidencia-se, assim, que essas compreensões geram resistência a proposta da redução de danos.⁴⁴

Assim, os textos apresentam superficialmente a importância dessas forças que buscam se legitimar na abordagem às drogas. Observa-se, de um lado, a distribuição gratuita e farta de *kits*, seringas e agulhas pelo PRD, como uma contribuição, dentre outras, para o não-compartilhamento; de outro lado, não se olvida a violência policial com seus mecanismos repressivos.²⁴ Nessa discussão os autores referem também a precarização dos PRDs e suas dificuldades de financiamento e os desafios experimentados para mantê-los funcionando, em especial no que concerne à transferência de recursos para estados e municípios para financiamento das ações de RD. Esses mecanismos descritos parecem mostrar um desinteresse político com essas ações, no âmbito local, o que reforça de forma evidente um certo preconceito com as ações de redução de danos.³⁰

Lima *et al.*²⁸ destacam a importância de refletir sobre os direitos dos usuários de drogas e o despreparo dos profissionais que estão na rede de serviços para atendê-los. O estudo demonstra que há um choque entre as concepções e os valores pessoais dos profissionais ao tema drogas, levando ao distanciamento de suas relações com esses pacientes. Além disso, a incapacidade técnica da maioria em lidar com o uso de drogas foi importante

limitador para abordagem dos usuários. Por outro lado, poucos profissionais mostram interesse em se capacitar para atender essa população.

O embate dos conceitos acontece na prática, onde de um lado temos discursos conservadores e repressores direcionados aos usuários de drogas, culpabilizando-os pelos problemas advindos do uso de drogas. E de outro, a importância da contextualização, da abordagem ampliada ao usuário de drogas, com propostas de prevenção a partir do conhecimento da realidade do usuário, objetivando a superação do preconceito e a promoção de um debate social mais amplo.²⁵

Sabe-se que as estratégias proibicionistas estão longe de diminuir as taxas de criminalidade e não são eficazes na abordagem e aumentam a violência. Nessa postura adotada pela guerra às drogas, prega-se a erradicação do uso, utilizando técnicas de divulgação que privilegiam informações sobre danos à saúde e o amedrontamento.²⁴⁻²⁶ Dois aspectos importantes precisam ser refletidos dentro desta abordagem tradicional: uma sociedade completamente sem drogas é utopia, e a guerra às drogas contraria os princípios éticos e direitos civis das pessoas, ferindo o direito à liberdade do uso do corpo e da mente.²⁹

A redução de danos se coloca como alternativa para Saúde Coletiva, não com o objetivo de não eliminar o comportamento aditivo, mas de buscar alternativas compatíveis com a realidade dos usuários de drogas no intuito de melhorar o bem-estar físico e social, respeitando limites subjetivos, sociais, econômicos e culturais, livre do estigma.^{25, 29, 31}

A manutenção das estratégias proibicionistas é uma forma de dominação imperialista dos países latino-americanos. O medo despertado é ferramenta do controle social e a garantia do poder do Estado de punir e o consequente enfraquecimento do Estado Democrático de Direito. A mídia colabora na fabricação de um verdadeiro estado de pânico na população brasileira, veiculando informações alarmistas sobre drogas ilícitas. Assim, geram atitudes de impotência, paralisia e preconceito, dificultando qualquer proposta diferente da lógica explícita no idealismo moral.^{25, 26}

O segundo princípio apresentado por Marlatt¹ posiciona a RD frente à abstinência, que seria o ponto final de uma trajetória que se inicia no uso abusivo. Nesta lógica, qualquer movimento do usuário na direção da abstinência significa um passo para a redução de danos, sem exigir a meta da parada total. Esta discussão pode ser considerada o centro polêmico da RD: propõe alternativas à abstinência – única grande meta aceitável do modelo tradicional. A redução de danos, seja por meio do uso moderado, seja por evitar riscos ou construir outras estratégias que minimizem os danos, é vista

como um conceito incongruente com modelo até então preconizado na abordagem e no tratamento as drogas. Outro ponto deste princípio é a inclusão da droga lícita na discussão dos prejuízos das drogas e na inclusão da abordagem de RD também para as drogas permitidas.

O texto Peterson *et al.*²⁷ apresenta o debate da filosofia da redução de danos e a resistência inicial a esta proposta. Somente após compreender que a RD é um passo para a abstinência, e que sua estratégia valoriza o processo e reconhece a evolução positiva de cada tentativa, os usuários passaram a aceitá-la. A objeção pode ser herança da filosofia do programa Alcoólicos Anônimos (AA) e do Narcóticos Anônimos (NA), programas até então predominantes na abordagem à droga, os quais pregam a abstinência como única meta e a recaída como um fracasso.

O debate sobre percepção dos riscos de danos com usuários traz à tona um emaranhado de interpretações que incluem as vivências cotidianas, os discursos de prevenção dirigidos a este grupo e a relação com a droga, que geram condutas particularizadas na representação de risco/dano do sujeito.²⁴ Ou seja, o dano não necessariamente se refere ao uso de droga em si, mas à violência, por exemplo.

Outros estudos sinalizam que os usuários criam suas próprias estratégias de redução de danos, que nem sempre são as preconizadas pelas orientações dadas pelas ações de prevenção.⁴⁵⁻⁴⁷ O uso de drogas injetáveis não é uma atividade individual, mas envolve uma interação complexa de relações sociais situadas em ambientes físicos específicos.⁴⁸

Essas percepções e comportamentos dos usuários sobre o risco e as relações entre os usuários são fundamentais para abordagens de RD individual e coletiva. Sem essa noção, algumas práticas são mantidas, como o compartilhamento, pois representam solidariedade diante da fissura do outro pela droga. É necessário conhecermos a heterogeneidade do comportamento dos usuários de drogas para intervenções mais assertivas.^{24, 49, 50}

Assim como para os usuários, a abstinência parece ser uma meta clara para os atores sociais, como destaca Moraes.²⁹ Essa meta é percebida nas contradições dos discursos dos profissionais de saúde, acompanhantes e familiares de usuários de dois serviços de saúde. Parece haver uma crença de que, para o uso crônico do álcool, a abstinência é a única alternativa, considerando-se as consequências à saúde das pessoas. Mesmo que não haja cobrança explícita em casos de recaídas, há uma vigilância implícita na manutenção da abstinência. A redução de danos é uma possibilidade, mas o ideal nestes serviços é a parada total.

Por outro lado, os profissionais de saúde podem estar utilizando a redução de danos sem reconhecê-la na sua prática. Talvez falte apenas a compreensão real da proposta para que esta seja internalizada na rotina de cuidado.²⁹ A abstinência pode ser um aspecto importante para iniciar a reflexão, pois esse conceito há muito tempo é parte do imaginário social na abordagem a droga, reforçado constantemente pelos modelos de doença/moral/judiciário.

A compreensão relativa ao uso de drogas pode ter peso diferenciado se categorizada como substância lícita ou ilícita. No estudo de Moreira *et al.*²⁶ em escolas públicas de São Paulo, a disponibilidade dos professores é diferente aos problemas relacionados ao álcool *versus* a drogas ilícitas. O primeiro é interpretado como problema pessoal, e impulsiona a solidariedade dos professores em ajudar. O segundo é associado ao tráfico e à polícia com ações repressivas que geram violência em ambos os lados. A droga acaba por torna-se um tabu diante da impotência da maioria dos professores para prevenção, associada a resistência, sobrecarga e desvalorização do trabalho, redução dos espaços para reflexão, preconceito, num descompasso com o conhecimento científico.

O princípio três foi o que teve menos textos categorizados, sendo este que aborda a defesa do usuário, base comunitária da RD e propostas de âmbito local respeitando os limites da comunidade. Nardi & Rigoni³⁰ apresentam a realidade e desafios dos PRDs no Rio Grande do Sul. Lima *et al.*²⁸ discutem o despreparo dos profissionais no cuidado aos usuários de drogas. E Parker *et al.*³¹ trazem a preocupação com a população de UDIs residentes de zonas rurais, e propõem alternativas de cuidado para essa população, propostas estas que podem surgir da parceria com serviços locais.

O que trazem esses três artigos para o terceiro princípio é a preocupação com os usuários e a importância da base comunitária, do envolvimento do âmbito local nas ações. Reforçam a necessidade de se clarear a proposta da RD e manter suas ações e práticas como uma importante abordagem aos usuários de álcool e outras drogas, superando estigmas e preconceitos arraigados na sociedade referentes ao uso de drogas, os quais legitimam a negligência a essa população vulnerabilizada.^{17, 51}

A droga não incapacita o usuário; vulnerabiliza-o, porém, por possibilitar danos. O desafio trazido inicialmente pela AIDS e hoje pela abordagem às drogas está na sociedade, que tem dificuldades em perceber essa questão como um desafio ampliado, onde aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos têm parcelas de responsabilidade. Ou, como

destacam Ayres *et al.*,⁵² a vulnerabilidade sinaliza o potencial do dano/adoecimento na inter-relação do coletivo-individual.

A RD oportuniza o cuidado nessa inter-relação onde costumes e hábitos individuais-coletivos se encontram e desencadeiam escolhas e comportamentos muitas vezes normatizados pelos grupos sociais (sociedade) em que se está inserido. A escolha é o encontro dialético entre o desejo de algo e o meio para alcançá-lo.^{53, 54}

Ressalta-se, todavia, que a perspectiva do usuário ser percebido como ‘doente’ chega a ser um avanço, haja vista que tal postura deixa para trás o rótulo de ‘marginal, vagabundo e irresponsável’. Porém, não se pode olvidar que reconhecer-se como doentes, condição reforçada pelos profissionais e acompanhantes, pode ser também um obstáculo ao avanço para uma concepção de cidadania. Tanto a condição de marginalidade quanto a passividade do doente são contrárias a uma atenção integral, justa e humanizada, e conseqüentemente enfraquece os usuários na luta por seus direitos.²⁹ Aqui, como em outras frentes da participação social, a organização social parece incompreendida pelos diferentes atores sociais.

O estabelecimento dessas circunstâncias acima descritas leva-nos ao quarto princípio da RD que promove acesso a serviços de baixa exigência como alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência.¹ A garantia de acesso humanizado, preconizado pelo SUS, não significa necessariamente um cuidado prestado dentro desses moldes. Talvez a solução encontrada pelos atores sociais ao modelo de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas seja a transformação do marginal em doente e, dessa forma, dar conta da superação do preconceito com os usuários de drogas. Moraes²⁹ destaca que os profissionais estão atentos à necessidade de humanização da atenção. Porém esses profissionais têm dificuldades de diversas ordens que afetam a proposição de atividades ampliadas de prevenção, resgate de cidadania, promoção de estilos de vida saudáveis, valorização do sujeito para além do seu consumo de droga.

A baixa exigência se refere aos critérios de acesso aos cuidados e se propõe a ir onde está a população, com o auxílio dos próprios usuários de drogas. Busca-se a parceria entre os que oferecem o serviço e os que dele necessitam, onde a colaboração do usuário é construída com base na sua capacidade de assumir a responsabilidade de mudar comportamentos de risco e de ajudar outros a fazer o mesmo, sem o foco na abstinência e, sim, no que é possível a cada um.¹ O comportamento não muda apenas com informação e vontade; tem múltiplas implicações e coerções desigualmente distribuídas

entre gêneros, países, culturas, grupos étnicos, faixas etárias e segmentos sociais.⁵²

Na direção da redução de danos, estudantes do estudo de Laranjo & Soares²⁵ apontam a necessidade de a universidade oferecer acesso ao tratamento e suporte para alunos que desejam ajuda, e sugerem ações educativas de caráter emancipatório.

Na escola, o bom vínculo é considerado fator de proteção para os jovens no que se refere ao abuso de drogas. A redução de danos pode auxiliar na construção desses vínculos positivos ao propor ações de prevenção e intervenção direcionadas às consequências da droga, e não necessariamente abordá-la. Dessa forma, oportuniza-se a aproximação afetiva entre educadores e educandos.²⁶

Deslandes *et al.*²⁴ apresenta, em seu estudo, a aceitação dos UDIs às ações do PRD, que foram interpretadas como um cuidado por parte do Estado, incluindo-os na sociedade.

Nardi & Rigoni³⁷ descrevem as diversas ações de campo dos redutores de danos: encaminhamento para consultas e tratamento em dependência química, aconselhamento, visita domiciliar, trocas de seringas, abordagem de usuários de *crack* (com ou sem troca de cachimbos), distribuição de insumos, informação para comunidade, plantões na sede do PRD, abordagem de profissionais do sexo, população carcerária, moradores de rua, capacitação de equipes de saúde vacinação para hepatites, oficinas de geração de renda, atividades culturais, terapia comunitária, reunião de equipe, participação em eventos de capacitação, grupo de estudos, participação em Conselhos, dentre outros. Essas abordagens descrevem na prática a proposta da RD no quarto princípio de Marlatt.¹

Um dos desafios dos PRDs é a falta de supervisão de campo, um espaço de reflexão e discussão acerca das mobilizações emocionais produzidas pelo seu trabalho.³⁰

Além disso, a preocupação com usuários fora dos grandes centros urbanos, apontada pelo estudo canadense,³¹ é um desafio que pode ser refletido para o contexto brasileiro. O acesso universal também é um direito do cidadão e uma diretriz do SUS no Brasil. E como destacam os autores, o uso de drogas não é um comportamento exclusivo dos grandes centros urbanos. O texto destaca a necessidade de estudos ampliados sobre a epidemiologia do consumo de drogas, e propõe a integração da redução de danos e de outros serviços existentes, adaptados às características e necessidades locais, para desenvolver intervenções de prevenção e tratamento eficazes para as áreas não-urbanas.

Os princípios propostos por G. Alan Marlatt¹ conseguem organizar a proposta da RD sem perder a amplitude dessa estratégia. Os cinco tópicos conseguem fazer a conexão entre a abordagem atual à droga, permeia a discussão da abstinência sem excluí-la, resgata o usuário como cidadão de direitos e o convida a ser sujeito ativo desse processo. A seleção desses princípios para análise de ações, políticas e pesquisas permite uma avaliação de tendências desta abordagem sobre as drogas de forma ampla e pragmática.

Apesar dos avanços institucionais da RD, falta, ainda, a sua legitimação como estratégia de saúde pública. Visto que é uma proposta que oportuniza o resgate da cidadania e a promoção da saúde e dos direitos humanos. O debate precisa ser ampliado para além da prevenção de doenças e assistência, e incluir questões sociais como violência, exclusão e preconceito em relação ao usuário de drogas.⁵¹

Assim, se a proposta da redução de danos não for bem compreendida e se a questão da droga não for ampliada para um debate integral, corre-se o risco de que a cultura na saúde centrada nos modelos da doença/moral/jurídico – hegemônico na prática e na educação dos profissionais de saúde – interfira na elaboração e consolidação de políticas de equidade, universalidade, integralidade e, conseqüentemente, de redução de danos na Saúde Coletiva.

Internacionalmente, a RD é reconhecida como uma estratégia de saúde pública direcionada principalmente aos UDIs. No Brasil a RD é uma política na área de saúde mental, mas a sua prática na saúde pública/coletiva pode estar fragmentada e direcionada a algumas necessidades programáticas de saúde. Esta estratégia oportuniza a integralidade do cuidado e a reflexão dos diferentes contextos e interesses divergentes. Sua proposta potencializa a saúde e converge com os princípios universais do SUS.

Este estudo tem o limite de ter analisado artigos de seis periódicos da área de Saúde Coletiva, não contemplando, portanto, a totalidade da produção acadêmico-científica sobre a abordagem qualitativa da redução de danos. Ressalta-se, contudo, a relevância dos periódicos pesquisados, tanto no âmbito nacional quanto internacional.

Enquanto teoria, a redução de danos, quando discutida pelos autores, mostrou-se convergente conceitualmente, mesmo quando debatida em diferente enfoques. No que concerne aos textos que não apresentaram conceitualmente a RD, pode-se inferir que seus autores entendem que o conceito esteja consolidado, ou não reconhecem a importância dessa estratégia para desconstruir paradigmas proibicionista. A discussão sobre as questões relacionadas à estratégia de RD fica pautada mais em questões

ideológicas, tais como o preconceito direcionado ao usuário de drogas, e as drogas ilícitas, do que em aspectos científicos, o que subsidiaria a importância da estratégia.

Fazer uma análise sistematizada e aprofundada dos princípios de RD possibilitou visualizar uma integração entre eles, pois à medida que cada princípio foi-se apresentando nos artigos, fomos conduzidos ao seguinte, como em um circuito fechado e integrado.

No primeiro princípio, a discussão tem seu foco nos modelos vigentes na sociedade no cuidado da droga, onde a RD é uma alternativa de saúde pública, como uma opção alternativa para os modelos moral/criminal e doença. O segundo não desconsidera a abstinência e a reconhece como o ideal, mas entre ela e o uso existe um percurso que possibilita escolhas diversas, como níveis mais moderados que reduzam danos, incluindo as drogas lícitas no debate.

Nesse transitar entre o uso e a abstinência, espaços são abertos para inclusão e defesa do usuário, na sua realidade, tanto na condição individual quanto comunitária, discutida no terceiro princípio. Assim o acesso, a parceria, a autonomia e o autoconhecimento estão em processo, visto que o foco não é mais a droga, mas o cidadão, como propõe o quarto princípio.

É evidente a contradição social diante do desafio da compreensão de que existe um comportamento de risco com o uso de droga, *versus* a utopia de uma sociedade sem drogas. Este último princípio nos conduz a essa reflexão dos modelos propostos, encerrando o ciclo.

A escolha de buscar na literatura sistematizada os princípios da RD descritos por Marlatt¹ foi uma estratégia metodológica de pesquisa, que nos permitiu analisar os aspectos em que avançamos e em quais precisamos investir para potencializar a proposta da RD. Dessa forma os artigos estudados mostram que os modelos focados na abstinência e no idealismo moral ainda são imperiosos, mas que pouco a pouco essa análise mostrou que temores pautados na moral são desconstruídos e a RD vem ganhando espaço e está sendo mais discutida entre usuários e na sociedade.

Todavia é evidente que tanto as ações de RD quanto as políticas mais incisivas precisam ainda avançar. A política pública, por exemplo, mostra-se uma forte ferramenta para impulsionar as ações de RD, tanto na proteção do coletivo quanto no cuidado individual.

As pesquisas sobre drogas e avaliação das ações de RD são outro fator de fortalecimento da RD, pois quebram crenças instituídas pelo idealismo moralista. Ou seja, os resultados mostram a efetividade da proposta

sem o aumento do consumo das drogas, um dos grandes temores dos defensores do proibicionismo.

O resgate do usuário como cidadão de direito o impulsiona na exigência, conquista da igualdade de acesso e cuidado à saúde, para lentamente sair da condição marginalizada e excluída a assumir um papel ativo na sociedade.

As diferenças de avanços e desafios da RD na sociedade caminham junto à compreensão política, social, econômica, cultural e moral de cada grupo social, e esse entendimento está vinculado à relação com a droga, tanto no âmbito privado quanto no coletivo.

As publicações nos periódicos da Saúde Coletiva sobre o tema drogas e RD, analisadas neste estudo, mostram a necessidade de ampliação desse debate. A RD pode ser uma ferramenta importante na proposição de novas estratégias de saúde direcionadas para os usuários de drogas e para sensibilizar usuários, familiares, profissionais de saúde, sociedade, instituir políticas públicas. E todos precisamos olhar para essa questão de forma pragmática e humana.

Portanto, é a Saúde Coletiva que pode impulsionar propostas de RD, pois esse campo de intervenção interdisciplinar pode preencher a lacuna existente entre a ausência de cuidado e a abstinência. Ao fazê-lo, oportunizará o acesso ao tratamento aos que necessitam e, em outros espaços de ação, respeitará a escolha do cidadão de assumir a responsabilidade do uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, mesmo diante do desafio de seus riscos.

Referência

1. Marlatt GA. Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
2. Tatarsky A, Marlatt GA. State of the art in harm reduction psychotherapy an emerging treatment for substance misuse. (Author abstract)(Report). *J.Clin. Psychol.* 2010; 66(2):117.
3. Marlatt GA, Witkiewitz K. Update on harm-reduction policy and intervention research. *Ann. Rev. Clin. Psychol.* 2010; 6:591-606.
4. Mesquita F, Bastos FI. Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos. 75 SeD, editor. São Paulo: Hucitec; 1994.
5. Mesquita F, Seibel S. Consumo de drogas: desafios e perspectivas. São Paulo: Hucitec; 2000.
6. Büchele F. Drogas e redução de danos: uma estratégia de saúde pública. *In: Anais da 5ª Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFSC; Florianópolis; 2005.*
7. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicol. Soc.* [Internet]. 2011; 23:154-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>
8. Santos VED, Soares CB, Campos CMS. A produção científica internacional sobre redução de danos: uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS& SMAD. *Rev. Electr. Salud Mental, Alcohol Drogas.* 2012;8(1):41.
9. Logan DE, Marlatt GA. Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. *J.Clin. Psychol.* 2010; 66 (2):201-14.
10. Bowen S, Witkiewitz K, Dillworth TM, Chawla N, Simpson TL, Ostafin BD, *et al.* Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychol. Addict. Behav.* 2006; 20(3):343.

11. Brasil. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. IME USP 2009.
12. Wodak A, Cooney A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Subst. Use Misuse*. 2006;41:777-813.
13. Blume AW. Seeking the middle way: G. Alan Marlatt and harm reduction. *Addict. Res. Theory*. 2012;20(3):218-26.
14. Rotgers F, Fromme K, Larimer M. In Memoriam: G. Alan Marlatt. *Addict. Res. Theory*. 2012;20(3):183-5.
15. Douglass C. Professor Marlatt's research led to increased understanding of addictive behaviors. UW Arts & Sciences Release Regarding Dr Marlatt's life and work. Washington: University of Washington; 2011.
16. White HR, Larimer ME, Sher KJ, Witkiewitz K. G. Alan Marlatt: 1941-2011. (Obituary). *J. Stud. Alcohol Drugs*. 2011; 72(3):357.
17. Marlatt GA. Harm reduction: come as you are. *Addict. Behav*. 1996;21(6):779-88.
18. Cordeiro AM, Oliveira GMd, Rentería JM, Guimarães CA. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Rev. Col. Bras. Cir*. 2007;34(6):428-31.
19. Paterson BL, Thome SE, Canam C, Jillings C. Meta-study of qualitative health research: a practical guide to meta-analysis and meta-synthesis. Sage: Thousand Oaks, CA; 2001.
20. Matheus MCC. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. *Acta Paul. Enferm*. 2009;22(Especial-Nefrologia):543-5.
21. Sousa CFS, Branco MZPC. Meta-Síntese: uma revisão da literatura – contributos para o conhecimento e para os cuidados de enfermagem. *Enferm.Foco*. 2013;4,(2): 1-10.

22. Castellanos MEP, Barros NFd, Spadacio C, Alegre SM, Tovey P, Broom A. Evidências produzidas por pesquisas qualitativas sobre diabetes tipo 2: revisão da literatura. *Interface – Comunic., Saude, Educ.* 2011;15(36):257-73.
23. Spadacio C, Castellanos MEP, Barros NFd, Alegre SM, Tovey P, Broom A. Medicinas alternativas e complementares: uma metassíntese. *Cad. Saúde Pública.* 2010;26(1):7-13
24. Deslandes SF, Mendonca EA, Caiaffa WT, Doneda D. As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. *Cad. Saúde Pública.* 2002;18(1):141.
25. Laranjo THM, Soares CB. Moradia universitária: processos de socialização e consumo de drogas. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2006;40:1027-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000700010
26. Moreira FG, Silveira DXd, Andreoli SB. Situações relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas públicas da cidade de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2006;40(5):810-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&
27. Peterson J, Mitchell SG, Hong Y, Agar M, Latkin C. Getting clean and harm reduction: adversarial or complementary issues for injection drug users. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22(4):733-40.
28. Lima Md, Costa JAd, Figueiredo WdS, Schraiber LB. Invisibilidade do uso de drogas e a assistência de profissionais dos serviços de Aids. *Rev.Saúde Pública.* 2007;41(supl.2):6-13.
29. Moraes M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2008;13(1):121-33.

30. Nardi HC, Rigoni RdQ. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009;25:382-92.
31. Parker J, Jackson L, Dykeman M, Gahagan J, Karabanow J. Access to harm reduction services in Atlantic Canada: implications for non-urban residents who inject drugs. *Health Place*. 2012; 18(2):152-62.
32. UNODC. World Drug Report 2014 New York: United Nations, 2014.
33. Niel M, Silveira DXd. Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROARD) Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) Ministério da Saúde 2008.
34. Espíndola CR, Blay SL. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. *Rev. Psiquiatr. RS*. 2006;28(3):265-75.
35. Brasil. I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. Brasília: SENAD; 2010.
36. Santos VED, Soares CB, Campos CMS. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil Harm reduction: analysis of the concepts that guide practices in Brazil. *Physis*. 2010;20(3):995.
37. Nardi HC, Rigoni RdQ. Marginalidade ou cidadania? a rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicol. Estud.* [Internet]. 2005; 10:273-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a14>
38. Roos CM. Ações de redução de danos voltadas para usuários de drogas: uma revisão integrativa. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
39. Duarte PdC, Delgado PG. Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras. In: CFP, editor.

Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2010. p.128.

40. Pires ROM, Carrieri CG, Carrieri GG. O Estado frente a temática das drogas lícitas e ilícitas: avanços da nova legislação e desafios frente ao Sistema Único de Saúde. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* [Internet]. 2008; 4. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38672/41519>

41. Reghelin E, Doneda D, Ribeiro M. Reflexão crítica sobre as políticas públicas de atenção ao consumo de álcool e outras drogas *In: Psicologia CFd*, editor. Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras Brasília: CFP; 2010.

42. Reis Cd, Guareschi NMdF, Carvalho Sd. Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. *Psicol.Soc.* 2014;26(n. spe.):68-78.

43. Paim JS. Desafios para Saúde Coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006. 154 p.

44. Cruz MS. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. *In: Cirino O, Medeiros R*, editores. Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica; 2006. p. 13-24.

45. Fontanella BJB, Turato ER. Spontaneous harm reduction: a barrier for substance-dependent individuals seeking treatment? *Rev.Bras.Psiquiatr.* 2005; 27:272-7.

46. Caflisch C, Wang J, Zbinden R. The role of syringe filters in harm reduction among injection drug users. *Am.J.Public Health.* 1999;89(8):1252.

47. Kerr T, Tyndall MW, Zhang R, Lai C, Montaner JS, Wood E. Circumstances of first injection among illicit drug users accessing a medically supervised safer injection facility. *Am.J.Public Health.* 2007; 97(7):1228-30.

48. Parkin S, Coomber R. Informal 'Sorter' Houses: A qualitative insight of the 'shooting gallery' phenomenon in a UK setting. *Health Place*. 2009; 15(4):981-9.
49. Marchesini AM, Prá-Baldi ZP, Mesquita F, Bueno R, Buchalla CM. Hepatites B e C em usuários de drogas injetáveis vivendo com HIV em São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2007;41(supl.2):57-63.
50. Shaw SY, Shah L, Jolly AM, Wylie JL. Identifying heterogeneity among injection drug users: a cluster analysis approach. *Am.J.Public Health*. 2008;98(8):1430-7.
51. Machado LV, Boarini ML. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicol. Ciênc. Prof.* [Internet]. 2013; 33 (3):580-95.
52. Ayres JRdC, Júnior IF, Calazans GJ, Filho HCS. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Fiocruz, editor. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Czeresnia, Dina; 2003.
53. Ayres JRdCM. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, editors. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UREJ: CEPESC: ABRASCO; 2007.
54. Pinheiro R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: ABRASCO IUC, editor. *Razões públicas para integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Pinheiro, Roseni Mattos, Ruben Araújo 2007. p.15-28.

Quadro 1 – Classificação dos 6 (seis) periódicos selecionados para análise

Periódico	Qualis CAPES	FI	Escopo do periódico
1. Cadernos de Saúde Pública (CSP)	A2	0.826	Publicar artigos originais que contribuam para o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins, como epidemiologia, nutrição, parasitologia, ecologia e controles de vetores, saúde ambiental, políticas públicas e planejamento em saúde, ciências sociais aplicadas à saúde, dentre outras.
2. Ciência & Saúde Coletiva (CSC)	B1	0.4416 ²⁹	Publicar debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para a Saúde Coletiva.
3. Revista Saúde Pública (RSP)	A2	1.066	Publicar contribuições científicas originais sobre temas relevantes para a saúde pública em geral.
4. American Journal of Public Health (AJPH)	A1	3.930	Publicar trabalhos originais de investigação, métodos de pesquisa e avaliação de programas na área da saúde pública.
5. Preventive Medicine (PM)	A1	3.496	Publicar artigos originais sobre a ciência e a prática da prevenção de doenças, promoção da saúde, e de formulação de políticas de saúde pública.
6. Health Place (HP)	A2	2.419	Trata-se de uma revista interdisciplinar dedicada ao estudo de todos os aspectos de saúde e cuidados de saúde com ênfase na localização. Nos últimos anos temos visto laços mais estreitos em evolução entre a geografia médica, sociologia médica, política de saúde, saúde pública e epidemiologia.

²⁹Fator de impacto consultado no link da SciELO para esta revista, pois a mesma não consta do JCR. Link: http://statbiblio.scielo.org//stat_biblio/index.php?state=05&lang=pt&country=scl&issn=1413-8123&CITED%5B%5D=1413-8123&YNG%5B%5D=2012&YNG%5B%5D=2011

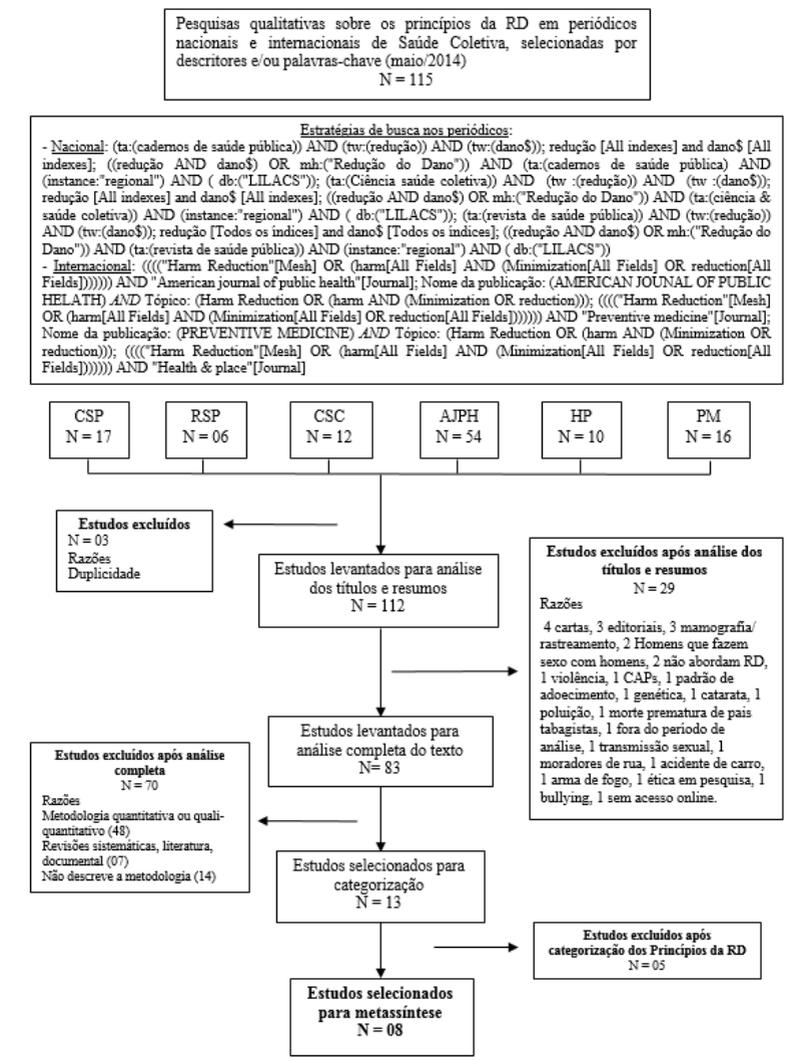
|

Quadro 2 – Matriz de categorização dos princípios da RD

PRINCÍPIO MARLATT	TÓPICOS DE INCLUSÃO
(1) <i>RD é uma alternativa de saúde pública para modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • É uma alternativa de saúde pública. • É uma alternativa para os modelos moral/criminal e de doença. • Discute os modelos divergentes. • Foca nas consequências do comportamento e não na droga.
(2) <i>a RD reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam danos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhece a abstinência como um ponto final ao longo de uma trajetória. • Aceita alternativas que reduzam danos. • Estimula um nível mais moderado do uso. • Evita alguns comportamentos de risco. • Inclui as drogas lícitas.
(3) <i>a RD surgiu principalmente como uma abordagem de “baixo para cima”</i>	<ul style="list-style-type: none"> • É baseada na defesa do usuário. • Pressupõe propostas do âmbito local, dos serviços. • Tem base comunitária - organização política de usuários de drogas.
(4) <i>a RD promove acesso a serviços de baixa exigência como alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Promove acesso a serviços de baixa exigência. • Promove acesso aos cuidados. • Vai onde está a população. • Promove parceria entre os que oferecem o serviço e os que necessitam dele necessitam. • A colaboração do usuário é construída na sua capacidade de assumir a responsabilidade de mudar comportamentos de risco e de ajudar outros a fazerem o mesmo. • Respeita o que é possível a cada um. • Reduz o estigma associado a problemas com a droga. • Fortalece o sujeito para enfrentar adversidades e frustrações. • Promove a saúde de forma integrada ao estilo de vida. • Promove a autonomia.

	<ul style="list-style-type: none">• Permite o autoconhecimento na relação com a droga.
<i>(5) a RD baseia-se nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista.</i>	<ul style="list-style-type: none">• O pragmatismo empático compreende que comportamento prejudicial acontece; foca no que é possível fazer, tanto na ordem privada como na coletiva.• Os fatores motivacionais são voltados para as consequências problemáticas geradas.• Não se preocupa com a questão moral.• É direcionada para questões cotidianas de práticas pautadas na realidade do sujeito e nos resultados práticos.• Aceita que alguns vão continuar fazendo uso, sem ser conivente ou incentivar esses comportamentos.• Busca compreender ao invés de rotular.• O idealismo moralista busca uma sociedade sem drogas; as propostas de RD são interpretadas como conivência ou promoção do uso de drogas.

Figura 1 – Síntese do processo de obtenção dos artigos selecionados para a metassíntese



Quadro 3 - Caracterização dos artigos analisados, segundo periódico, autor/ano de publicação, título, sujeitos da pesquisa, droga estudada e país

Periódico	Autor(es) Ano	Título	Sujeito da pesquisa/ sexo/ idade/ tempo de uso	Droga	País
CSP	Deslandes <i>et al.</i> , 2002 ²⁴	As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis	UDI/ 11 homens e 9 mulheres/ 18 a 45 anos/ 2 a 30 anos	DI	Brasil
RSP	Laranjo & Soares, 2006 ²⁵	Moradia universitária: processos de socialização e consumo de drogas	Alunos de graduação/ homens e mulheres/ 22 a 24 anos/ Não se aplica	Álcool e drogas	Brasil
RSP	Moreira <i>et al.</i> , 2006 ²⁶	Situações relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas públicas da cidade de São Paulo	Coordenadores pedagógicos/ Indeterminado/ Indeterminado/ Não se aplica	Álcool e drogas	Brasil
CSP	Peterson <i>et al.</i> , 2006 ²⁷	<i>Getting clean and harm reduction: adversarial or complementary issues for injection drug users</i>	UDI/ 21 homens e 8 mulheres/ maiores de 18 anos/ Indeterminado	DI	EUA
RSP	Lima <i>et al.</i> , 2007 ²⁸	Invisibilidade do uso de drogas e a assistência de profissionais dos serviços de Aids	Profissionais de diferentes categorias, de nível médio e superior e com pelo menos um ano de trabalho no local/ Indeterminado/ Não se aplica/ Não se aplica	Drogas	Brasil
CSC	Moraes, 2008 ²⁹	O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais	Usuários, acompanhantes e profissionais de diferentes áreas e setores do CAPS AD/ Indeterminado/ Indeterminado/ Indeterminado	Álcool e drogas	Brasil

CSP	Nardi & Rigoni, 2009 ³⁰	Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil	Coordenações de 11 PRD, 2 representantes do CRRD-ESP/RS e 1 ABORDA/ Indeterminado/ Indeterminado/ Não se aplica	DI	Brasil
HP	Parker <i>et al.</i> , 2012 ³¹	<i>Access to harm reduction services in Atlantic Canada: implications for non-urban residents who inject drugs</i>	UDI áreas urbanas e rural/ Indeterminado/ Maiores de 18 anos/ Uso no ano anterior	DI	Canadá

Legenda Quadro: RSP – Revista de Saúde Pública, CSC – Ciência e Saúde Coletiva, CSP – Cadernos de Saúde Pública; Indeterminado – não divulgado no artigo, Não se aplica – o estudo não foi com usuários de droga; UDI – usuários de droga injetável, DI³⁰ – droga injetável; PRD – Programa de Redução de Danos; CRRD-ESP/RS.

³⁰A categoria ‘droga injetável’ (DI) foi assim denominada, pois os textos não explicitaram a substância. Sabe-se que no Brasil a cocaína é a droga mais utilizada e no âmbito internacional opioides nesta modalidade de consumo.^{27, 33, 52}

Quadro 4 - Caracterização da abordagem metodológica dos artigos revisados

1º autor (a)	Ano	Metodologia	Coleta e estratégia de seleção dos participantes
Deslandes <i>et al.</i> ²⁴	2002	- Antropologia médica - Análise de conteúdo.	- Entrevista semiestruturada - Os entrevistados já conheciam os entrevistadores
Laranjo & Soares ²⁵	2006	- Discurso do sujeito coletivo	- Entrevista semiestruturada - Técnica Bola de Neve
Peterson <i>et al.</i> ²⁷	2006	- Avaliação etnográfica - STEP - Análise de conteúdo	- Observações do grupo, observações de campo, entrevistas com participantes - Boca-a-boca, a publicidade em jornal da comunidade, folhetos afixados ao longo dos bairros, e sensibilização de rua; também foram convidados a realizar as sessões, com o respectivo parceiro sexual ou um membro da rede de usuários de drogas
Moreira <i>et al.</i> ²⁶	2006	- Referencial etnográfico	- Entrevista em profundidade com informantes-chave locados em setor administrativo e com experiência de coordenação pedagógica
Lima <i>et al.</i> ²⁸	2007	- Estudo qualitativo* - Análise temática	- Entrevista semiestruturada
Moraes ²⁹	2008	- Abordagem da produção de sentido e práticas discursivas	- Grupos focais - Observação participante - Pesquisa documental
Nardi & Rigoni ³⁰	2009	Estudo qualitativo*	- Entrevista semiestruturada - Análise documental - Comparação com um mapeamento dos PRDs realizado em 2003

Parker <i>et al.</i> ³¹	2012	- Estudo qualitativo*	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista semiestruturada. - Redes de clientes e outros consumidores de droga injetada em várias comunidades de troca de seringas - Amostragem intencional que pretende extrair dados de um amplo espectro de usuários de cada localidade - Fornecidos honorário aos participantes
------------------------------------	------	-----------------------	--

Legenda Quadro:

STEP – programa de quatro sessões de grupo (sessões de treinamento mentor), uma sessão individual, uma sessão dupla que aborda droga (ou sexo), e sessões periódicas de reforço até seis meses após a conclusão da intervenção;

PRD – Programa de Redução de Danos;

* Metodologia adotada pelo estudo, porém não fica claro qual método é utilizado.

Quadro 5 - Caracterização dos artigos analisados, segundo objetivo do estudo, droga estudada, país e categorização dos princípios

Autor(es)/ Ano	Objetivo do estudo	Droga	País	Princípio
Laranja & Soares, 2006 ²⁵	Conhecer e analisar o discurso dos moradores de um conjunto residencial estudantil universitário sobre os processos de socialização e consumo de drogas.	Álcool e drogas	Brasil	1, 4 e 5
Moreira <i>et al.</i> , 2006 ²⁶	Investigar situações, atitudes e comportamentos dos coordenadores pedagógicos das escolas municipais de ensino fundamental relacionados ao uso indevido de substâncias psicoativas.	Álcool e drogas	Brasil	1, 2, 4 e 5
Moraes, 2008 ²⁹	Investigar a percepção de usuários, acompanhantes e profissionais, acerca do modelo de atenção à saúde de usuários de drogas.	Álcool e drogas	Brasil	1, 2, 3, 4 e 5
Lima <i>et al.</i> , 2007 ²⁸	Descrever a influência das concepções dos profissionais de saúde sobre o cuidado prestado a pacientes usuários de drogas vivendo com HIV/Aids.	Drogas	Brasil	1, 3 e 5
Deslandes <i>et al.</i> , 2002 ²⁴	Analisar, em caráter exploratório e segundo uma abordagem qualitativa, a ótica dos usuários de drogas injetáveis (UDI) sobre: (a) riscos associados à prática injetável; (b) riscos frente ao HIV/AIDS; (c) prevenção diante do HIV/AIDS.	DI	Brasil	1, 2, 4 e 5
Peterson <i>et al.</i> , 2006 ²⁷	Descrever uma avaliação etnográfica da dicotomia ideológica entre redução de danos e o modelo terapêutico baseado na abstinência durante a fase-piloto de uma intervenção para a prevenção de HIV na Cidade de Baltimore, Maryland, Estados Unidos.	DI	EUA	1, 2 e 5
Nardi & Rigoni, 2009 ³⁰	Descrever a forma de funcionamento das ações e dos programas de redução de danos desenvolvidos nos municípios da	DI	Brasil	1, 3, 4 e 5

	Região Metropolitana de Porto Alegre, entre 2004 e 2006.			
Parker <i>et al.</i> , 2012 ³¹	Discutir os desafios para a utilização mais segura destacados por usuários de drogas injetáveis fora das áreas urbanas na costa atlântica do Canadá, e as complexidades do acesso a equipamento de injeção mais seguros e outros serviços em comunidades não urbanas.	DI	Canadá	1, 3, 4 e 5

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo defende a tese de que os princípios da RD propostos por Marlatt (1999) são apresentados nas publicações nacionais e internacionais dos periódicos de Saúde Coletiva, e podem colaborar na análise desta proposta no contexto atual.

Para embasar esta tese foram analisados artigos de seis periódicos da área de Saúde Coletiva. É importante salientar que esta estratégia metodológica de restrição de periódicos analisados não contempla a totalidade da produção acadêmico-científica sobre a abordagem da redução de danos neste campo. Ressalta-se, contudo, a relevância, para a Saúde Coletiva, dos periódicos pesquisados, tanto no âmbito nacional quanto no internacional.

Duas questões que nortearam esta pesquisa no intuito de defender essa tese. A primeira buscou a caracterização das publicações sobre a temática redução de danos na abordagem às drogas nos periódicos nacionais e internacionais na área da Saúde Coletiva. A segunda analisa os princípios da redução de danos, propostos por Marlatt (1999), nestas mesmas publicações.

As características das publicações nacionais e internacionais sobre a redução de danos na abordagem às drogas são diferentes devido a diversos fatores, entre eles: contexto sociocultural, econômico, epidemiologia da droga e políticas públicas. Assim, as publicações nacionais têm um caráter mais ampliado; ou seja, para além da prática preventiva, oferta acesso ao tratamento e cuidado à saúde, promovendo a autonomia dos usuários de drogas e reflexão sobre uso abusivo e prejudicial. Enquanto que as publicações internacionais têm uma proposta mais operacional, preventiva, com conotações um pouco diversas, que coloca a Europa, o Canadá, a América do Sul e a Oceania com uma interpretação mais ampliada da proposta *versus* a leitura estadunidense, que devido a sua postura proibicionista em relação à droga, percebe essa estratégia como ameaça.

Esse resultado demonstra a flexibilidade da redução de danos em se adequar as diferentes necessidades dos diversos contextos sociais, políticos, culturais e epidemiológicos. No entanto essa versatilidade não pode ser confundida com a ausência de bases teóricas sólidas que orientam suas propostas.

A grande maioria dos artigos encontrados abordam o uso de droga injetável – o que se justifica, pois foi devido a esses usuários que se iniciou a estratégia de redução de danos –, mas também há uma diversidade de propostas, ações, impactos e reflexões de abordagem aos usuários de diversas

drogas. Por outro lado, deixa a dúvida se a saúde coletiva não está presa a prevenção do HIV/AIDS e outras doenças transmissíveis. Ou seja, está focada no risco que os usuários representam para a sociedade na contaminação ao invés de propor ações ampliadas de cuidado aos usuários de drogas.

A discussão sobre redução de danos na Saúde Coletiva precisa ser ampliada, considerando que foram encontradas, entre tantas drogas, seis citadas nos artigos pesquisados, e não foram encontradas referências sobre o *crack*, anabolizantes, uso abusivo de medicações, ecstasy, etc., que estão presentes na sociedade e são vistas como as ‘drogas do momento’, as quais necessitam, portanto, ser mais discutidas.

A proposta da redução de danos está focada no sujeito, no vínculo, a escuta da necessidade do usuário e respeito as suas escolhas. Para além da troca de equipamento, há a possibilidade de acolhimento do cidadão e reflexão sobre a escolha do uso ou não da droga. Assim, sua abordagem ultrapassa o cuidado com quem faz uso da droga; ela alcança a família, e consequentemente a população em geral. Sua abordagem ampliada possibilita que ao cuidar de um, muitos sejam beneficiados.

No entanto, a discussão sobre as questões relacionadas à droga e, consequentemente, à estratégia de RD ainda fica pautada mais no idealismo moralista do que nos aspectos científicos, o que subsidiaria a importância da estratégia. Dessa forma, os artigos estudados mostram que, os modelos focados na abstinência e no idealismo moral ainda são imperiosos, pois apesar de na teoria e política adotarmos ações de redução de danos, na maioria das vezes a mensagem subliminar da prática é de que esta aceita e exige a abstenção do uso.

Pouco a pouco a redução de danos avança, na medida em que os temores pautados na moralidade começam a ser desconstruídos. Ou seja, as diferenças de avanços e desafios da RD na sociedade caminham junto à compreensão política, social, econômica, cultural e moral de cada grupo social e esse entendimento está vinculado à relação com a droga, tanto no âmbito privado quanto no coletivo.

A escolha de buscar na literatura sistematizada os princípios da RD, descritos por Marlatt (1999), foi uma estratégia didática de pesquisa, que nos permitiu analisar os aspectos em que avançamos e em quais precisamos investir para potencializar a proposta da RD.

Os princípios da RD se apresentam nas publicações principalmente com o reconhecimento desta proposta como estratégia de Saúde Pública/Coletiva, que enfrenta desafios na sua implementação devido aos

questionamentos sobre o idealismo moralista, onde o tema da abstinência é seu tópico mais controverso.

Os princípios fundamentam a proposta de forma integrada e facilitam a compreensão da redução de danos. No primeiro princípio, a discussão foca os modelos vigentes na sociedade no cuidado da droga, onde a RD é uma alternativa de saúde pública, como uma opção entre os modelos moral/criminal e doença. O segundo não desconsidera a abstinência e a reconhece como o ideal, mas entre ela e o uso existe um percurso que possibilita escolhas diversas, como níveis mais moderados que reduzam danos, incluindo as drogas lícitas no debate. Nesse transitar entre o uso e a abstinência, espaços são abertos para inclusão e defesa do usuário na sua realidade, tanto na condição individual quanto comunitária, discutida no terceiro princípio. Assim, o acesso, a parceria, a autonomia e o autoconhecimento estão em processo, visto que o foco não é mais a droga, mas o cidadão, como propõe o quarto princípio. É evidente a contradição social diante do desafio da compreensão de que existe um comportamento de risco e o uso de droga *versus* a utopia de uma sociedade sem drogas, abordado no quinto princípio. Este último nos conduz a essa reflexão dos modelos vigentes discutidos no primeiro, formando um circuito que aborda a relação da droga com a sociedade e o usuário em diversos aspectos.

A clareza do que a redução de danos preconiza fortalece e desmistifica a proposta, e seus princípios podem auxiliar para orientar as propostas e práticas. Assim, aproxima todas as ações, apesar da diversidade do local onde ela ocorre.

No entanto, sem conhecer os princípios que a orientam, corre-se o risco de repetir modelos estigmatizantes mascarados de RD. Essa situação afeta não só aos usuários como também à sociedade, que não compreende bem a proposta da RD e, conseqüentemente, pode gerar mais preconceito diante da estratégia.

Consideramos necessária a reflexão e a avaliação das práticas e seu impacto na Saúde Coletiva. Esse conhecimento possibilita ações de RD mais adequadas e, conseqüentemente, mais assertivas, direcionadas a cada contexto e também à troca de experiências. Ao reconhecer essas diferentes realidades, é possível fazer uma leitura ~~realista~~ das diferentes ações no Brasil e no mundo. E não correr o risco de ações de RD serem direcionadas para algo que não é prioridade em termos de Saúde Coletiva. Por exemplo, no Brasil, o álcool, é a droga que acarreta mais danos sociais, não foi o foco do maior número de publicações.

As publicações nos periódicos da Saúde Coletiva sobre o tema drogas e RD, abordadas nesse estudo, mostram a necessidade de ampliar as pesquisas sobre o tema, suas estratégias de implantação, integrar ações isoladas com políticas públicas, conhecer e avaliar as ações existentes para as diversas drogas nos diferentes contextos. A RD pode ser uma ferramenta importante na proposição de novas estratégias de saúde direcionadas para os usuários de drogas. Ela é um meio de sensibilizar usuários, familiares, profissionais de saúde, sociedade, instituir políticas públicas. Por isso, todos precisamos olhar para essa questão de forma pragmática e humana.

Assim, as pesquisas sobre drogas e avaliação das ações de RD são importantes para consolidação da RD, pois quebram crenças instituídas pelo proibicionismo. Ou seja, os resultados mostram a efetividade da proposta sem o aumento do consumo das drogas, um dos grandes temores dos defensores do proibicionismo.

Todavia é evidente que tanto as ações de RD quanto políticas mais incisivas precisam ainda avançar. A política pública mostra-se uma forte ferramenta para impulsionar as ações de RD, tanto na proteção do coletivo quanto no cuidado individual, legitimando suas propostas. É, contudo, insuficiente como única estratégia de implementação e fortalecimento da RD.

O resgate do usuário como cidadão de direitos o impulsiona na exigência, conquista da igualdade de acesso e cuidado à saúde, para lentamente sair da condição marginalizada e excluída e assumir um papel ativo na sociedade. No entanto, deve-se estar atento para que o usuário não se coloque na posição de ‘doente’, o que serviria de manutenção ao aspecto biológico do consumo de droga e a dependência; sendo que este é uma das facetas da complexa trama que envolve o debate da droga na sociedade.

A Saúde Coletiva, enquanto campo de ação, é um espaço aberto para criar novos paradigmas; pode impulsionar propostas de RD, pois sua intervenção interdisciplinar pode preencher lacunas existentes entre a ausência de cuidado e a abstinência total ao uso das drogas. Dessa forma, oportuniza acesso ao tratamento aos que dele necessitam e, em outros espaços de ação, pode respeitar a escolha do cidadão que prefere assumir a responsabilidade desafiante do uso de drogas.

A redução de danos se aproxima dos princípios do SUS e essa parceria pode ser importante não só no fortalecimento das ações direcionadas ao cuidado aos usuários de drogas, mas também na inserção da RD em diferentes níveis de atenção à saúde no Brasil.

Esse estudo nos ajudou a perceber que a estratégia de RD apresenta uma discussão importante no momento atual, pois ela parte de uma proposta

de reduzir os danos causados pelo uso da droga, ultrapassando as fortes barreiras do proibicionismo, onde o idealismo moral *versus* o pragmatismo empático possibilita uma reflexão importante sobre a nossa sociedade como um todo. Além disso, oportuniza a oferta de saúde diferente da abstinência aos usuários de drogas, dando a esses sujeitos marginalizados o *status* de cidadão de direitos.

Assim, conclui-se que os princípios da RD propostos por Marlatt (1999) estão apresentados nas publicações nacionais e internacionais dos periódicos de Saúde Coletiva, e podem, sim, colaborar na análise desta proposta no contexto atual.

7. REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2309, 2009. ISSN 0102311X.
- ANDRADE, T. D. M. Redução de danos um novo paradigma? *In: CETAD/UFBA Org. Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Bahia: EDUFBA, 2004.
- APELBERG, B. J. *et al.* Estimating the risks and benefits of nicotine replacement therapy for smoking cessation in the United States. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 2, p. 341-348, Feb. 2010. ISSN 0090-0036.
- ATALLAH, N. A.; CASTRO, A. A. Revisões sistemáticas da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. **Diagnóstico & Tratamento**, v.2, n. 2, p. 12-15, 1997.
- AYRES, J. R. D. C. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In: FIOCRUZ (Ed.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Czeresnia, Dina, 2003. cap. 6.
- AYRES, J. R. D. C. M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Ed.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UREJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.
- BARROS, M. B. D. A. *et al.* Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 502, 2007. ISSN 00348910.
- BLUME, A. W. Seeking the middle way: G. Alan Marlatt and harm reduction. **Addiction Research & Theory**, v. 20, n. 3, p. 218-226, 2012/06/01 2012. ISSN 1606-6359. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.3109/16066359.2012.657281>>. Acesso em: 05/09/2014.

BOUERI, A. G. **O pecado, o crime e a doença: fiscalização de entorpecentes no Brasil 2007.** (Trabalho de Conclusão de Curso). Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

BOWEN, S. et al. Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. **Psychology of addictive behaviors**, v. 20, n. 3, p. 343, 2006. ISSN 0893-164X.

BRASIL. **A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** SVS/CN-DST/AIDS., M. D. S. S. D. A. À. S. Brasília: Ministério da Saúde 2004.

_____. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Lei de Drogas.

_____. **Legislação e políticas públicas sobre drogas.** Brasília: Presidência da República e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

_____. **Relatório brasileiro sobre drogas.** Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: IME/USP, 2009.

_____. **I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras.** Brasília: SENAD 2010.

BRASIL. **Boletim epidemiológico - AIDS e DST.** Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf>. Acesso em: 06/01/15.

BUCHER, R. **Drogas e sociedade nos tempos da AIDS.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1996.

BURROWS, D. Advocacy and coverage of needle exchange programs: results of a comparative study of harm reduction programs in Brazil, Bangladesh, Belarus, Ukraine, Russian Federation, and China. **Cadernos de**

Saúde Pública, v. 22, n. 4, p. 871-879, 2006 Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&camp>. Acesso em: 01/09/14.

BÜCHELE, F. Drogas e redução de danos: uma estratégia de saúde pública. SEMANA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 5ª, Anais da ...UFSC. Florianópolis, 2005.

BÜCHELE, F.; CRUZ, D. D. D. O. Aspectos socioculturais do uso de álcool e outras drogas e exemplos de projetos de prevenção *In:* (Ed.). **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2011. Unidade 5.

CAFLISCH, C.; WANG, J.; ZBINDEN, R. The role of syringe filters in harm reduction among injection drug users. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 8, p. 1252, 1999. ISSN 0090-0036.

CAIAFFA, W. T.; BASTOS, F. I. Redução de danos: marcos, dilemas, perspectivas, desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 702-703, 2006.

CARLINI, E. L. D. A. Mitos e dados epidemiológicos a respeito do uso de drogas. *In:* Conselho Regional de Psicologia 06(ORG.), CRP 06 (Ed.). **Álcool e outras drogas**. São Paulo: CRPSP, 2011.

CARVALHO, S. D. Nas trincheiras de uma política criminal com derramamento de sangue: depoimento sobre os danos diretos e colaterais provocados pela guerra às drogas *In:* Conselho Regional de Psicologia 07, (Ed.). **Entre garantia de direitos e práticas libertárias**: [s. ed.], 2013.

CASTELLANOS, M. E. P. *et al.* Evidências produzidas por pesquisas qualitativas sobre diabetes tipo 2: revisão da literatura **Interface - Comunicação, Saude, Educação**, v.15, n.36, p. 257-73, 2011.

CINTRA, A. M. D. O.; CAIAFFA, W. T.; MINGOTI, S. A. Characteristics of male and female injecting drug users of the AJUDE-Brasil II Project. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 4, p. 791, 2006. ISSN 0102311X.

COLLINS, S. E.; MALONE, D. K.; CLIFASEFI, S. L. Housing retention in single-site housing first for chronically homeless individuals with severe alcohol problems. **American Journal of Public Health**, v. 103, p. S269-S274, Dec. 2013. ISSN 0090-0036. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000331073100025 >. Acesso em: 23/08/2013.

COOPER, H. L. *et al.* Spatial access to syringe exchange programs and pharmacies selling over-the-counter syringes as predictors of drug injectors' use of sterile syringes. **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 6, p. 1118-1125, Jun. 2011. ISSN 0090-0036.

_____. Drug-related arrest rates and spatial access to syringe exchange programs in New York City health districts: combined effects on the risk of injection-related infections among injectors. **Health Place**, v. 18, n. 2, p. 218-228, Mar. 2012. ISSN 1353-8292.

CORDEIRO, A. M. *et al.* Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v.34, n.6, p. 428-431, 2007.

CRUZ, M. S. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. *In*: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. (Ed.). **Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p.13-24.

_____. Redução de danos, prevenção e assistência. *In*: (Ed.). **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2011. Unidade 8, p.432.

CRUZ, M. S.; SÁAD, A. C.; FERREIRA, S. M. B. Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.52(5), p. 355-362, 2003.

DELBON, F.; DA ROS, V.; FERREIRA, E. M. A. Avaliação da disponibilização de *kits* de redução de danos **Saúde e Sociedade**. v.15, p.37-48, 2006.

DERUITER, W. K. *et al.* Characteristics of physically active smokers and implications for harm reduction. **American Journal of Public Health**, v. 98, n. 5, p. 925-931, May 2008. ISSN 0090-0036. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000255492800031 >. Acesso em:23/08/2013.

DESLANDES, S. F. *et al.* As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.1, p.141, 2002. ISSN 0102-311X.

DEWIT, D. J. *et al.* The influence of early and frequent use of marijuana on the risk of desistance and of progression to marijuana-related harm. **Preventive Medicine**, v. 31, n. 5, p. 455-464, Nov. 2000. ISSN 0091-7435. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000165225600001 >. Acesso em:23/08/2013.

DOUGLASS, C. **Professor Marlatt's research led to increased understanding of addictive behaviors: UW Arts & Sciences Release Regarding Dr. Marlatt's life and work.** Washington: University of Washington, 2011.

DUAILIBI,S.;LARANJEIRA,R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p.839-848, 2007.

DUARTE, P. D. C.; DELGADO, P. G. Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras. *In*: Conselho Federal de Psicologia (Ed.). **Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras.** Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2010. p.128.

DÉA, H. R. F. D. *et al.* A inserção do psicólogo no trabalho de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 24, p.108-115, 2004.

ELIAS, L. D. A.; BASTOS, F. I. Saúde pública, redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4721-4730, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&>. Acesso em: 01/09/2014.

ESPÍNDOLA, C. R.; BLAY, S. L. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, n. 3, p. 265-275, 2006.

FERREIRA, A. D. *et al.* Injecting drug users who are (un)aware of their HIV serostatus: findings from the multi-center study AjUDE-Brasil II. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22 n.4, 2006.

FERREIRA, V. R. T. Relato de uma experiência com adolescentes sobre o uso de drogas. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 5, p.47-54, 2003.

FILHO, A. B. M.; COELHO, C. L. D. S.; ÁVILA, L. A. Músicaremovendo barreiras e minimizando resistências de usuários de substâncias. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, v. 8, p. 14-24, 2007.

FLICK, U. Pesquisa qualitativa *online*: a utilização da internet. *In*:FLICK, U.(Ed).**Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. cap. 20, p.238-253.

FONSECA, E. M. *et al.* Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 4, p. 761-70, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&>. Acesso em: 01/09/2014.

FONTANELLA, B. J. B.; TURATO, E. R. Spontaneous harm reduction: a barrier for substance-dependent individuals seeking treatment? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, p. 272-277, 2005. ISSN 1516-4446.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n.4, p. 43-50, 2003.

GARCIA, M. *et al.* Smoking reduction in a population-based cohort. **Preventive Medicine**, v. 40, n. 6, p. 679-684, Jun. 2005. ISSN 0091-7435. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000229006700009 >. Acesso em: 23/08/14.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, 2008.

GODTFREDSSEN, N. S. *et al.* Predictors of smoking reduction and cessation in a cohort of Danish moderate and heavy smokers. **Preventive Medicine**, v. 33, n. 1, p. 46-52, Jul. 2001. ISSN 0091-7435. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000169595000007 >. Acesso em: 23/08/2014.

GRAU, L. E. *et al.* Expanding harm reduction services through a wound and abscess clinic. **American Journal of Public Health**, v. 92, n. 12, p. 1915, 2002. ISSN 0090-0036.

HARTGERS, C. *et al.* HIV prevalence and risk behavior among injecting drug users who participate in "low-threshold" methadone programs in Amsterdam. **American Journal of Public Health**, v. 82, n. 4, p. 547-51, Apr. 1992. ISSN 0090-0036 (Print) 0090-0036.

HJALMARSON, A.; SALOOJEE, Y. Psychologists and tobacco: attitudes to cessation counseling and patterns of use. **Preventive Medicine**, v. 41, n. 1, p. 291-294, Jul. 2005. ISSN 0091-7435. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000229651800039 >. Acesso em:23/08/2014.

HOPE, V. D. *et al.* Prevalence of hepatitis C among injection drug users in England and Wales: is harm reduction working? **American Journal of Public Health**, v. 91, n. 1, p. 38, 2001. ISSN 0090-0036.

INGLEZ-DIAS, A. *et al.* Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 147-158, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&am>. Acesso em: 01/09/2014.

IVERSEN, J. *et al.* Reduction in HCV incidence among injection drug users attending needle and syringe programs in Australia: a linkage study. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 8, p. 1436-44, Aug. 2013. ISSN 0090-0036.

KELLY, A. B.; LAPWORTH, K. The HYP program: targeted motivational interviewing for adolescent violations of school tobacco policy. **Preventive Medicine**, v. 43, n. 6, p. 466-471, Dec. 2006. ISSN 0091-7435. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000243285300008 >. Acesso em: 23/08/2014.

KERR, T. *et al.* Circumstances of first injection among illicit drug users accessing a medically supervised safer injection facility. **American Journal of Public Health**, v. 97, n. 7, p. 1228-1230, Jul. 2007. ISSN 0090-0036.

KLESGES, R. C. *et al.* Tobacco use harm reduction, elimination, and escalation in a large military cohort. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 12, p. 2487-2492, Dec. 2010. ISSN 0090-0036.

LANGENDAM, M. W. *et al.* The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. **American Journal of Public Health**, v. 91, n. 5, p. 774-780, May 2001. ISSN 0090-0036. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000170345300019 >. Acesso em: 10/08/2014.

LARANJO, T. H. M.; SOARES, C. B. Moradia universitária: processos de socialização e consumo de drogas. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p.1027-1034, 2006.

LARIMER, M. E. *et al.* Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. **JAMA : the Journal of the American Medical Association**, v. 301, n. 13, p. 1349, 2009. ISSN 0098-7484.

LIMA, M. D. *et al.* Invisibilidade do uso de drogas e a assistência de profissionais dos serviços de Aids. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. supl.2, p. 6-13, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0034-9102007000900004>. Acesso em: 01/09/14.

LOGAN, D. E.; MARLATT, G. A. Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. **Journal of Clinical Psychology**, Hoboken, v. 66, n. 2, p. 201-214, 2010. ISSN 0021-9762.

LOPES, A. L. M.; FRACOLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n.4, p.771-778, 2008.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n.3, p.580-595, 2013.

MAHON, N. New York inmates' HIV risk behaviors: the implications for prevention policy and programs. **American Journal of Public Health**, v. 86, n. 9, p. 1211-1215, Sep. 1996. ISSN 0090-0036. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:A1996VH21200005 >. Acesso em: 10/08/14.

MARCHESINI, A. M. *et al.* Hepatites B e C em usuários de drogas injetáveis vivendo com HIV em São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. supl.2, p. 57-63, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&camp>. Acesso em: 01/09/2014.

MARLATT, G. A. **Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

_____. Harm Reduction: come as you are. **Addictive Behaviors**, v. 21, n.6, p. 779-788, 1996.

_____. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MARLATT, G. A. *et al.* Harm reduction for alcohol problems: moving beyond the controlled drinking controversy. **Behavior Therapy**, v. 24, n. 4, p. 461-503, 1993. ISSN 0005-7894.

MARLATT, G. A.; WITKIEWITZ, K. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. **Addictive behaviors**, v. 27, n. 6, p. 867, 2002. ISSN 0306-4603.

_____. Update on harm-reduction policy and intervention research. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 6, p. 591-606, 2010. ISSN 1548-5943.

MATHEUS, M. C. C. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências **Acta Paul Enfermagem**, v. 22(Especial-Nefrologia), p. 543-545, 2009.

MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. **Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MESQUITA, F.; SEIBEL, S. **Consumo de drogas: desafios e perspectivas**. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13ª. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. D. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n.3, p. 239-248, 1993.

MINGOTI, S. A.; CAIAFFA, W. T. A capture-recapture technique to estimate the size of the injecting drug user population attending syringe exchange programs: AJUDE-Brasil II Project. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 783-789, 2006. ISSN 0102-311X.

MONTIGNY, L. D. *et al.* A spatial analysis of the physical and social environmental correlates of discarded needles. **Health & Place**, v. 17, n. 3, p. 757-766, May 2011. ISSN 1353-8292. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000291419300007 >. Acesso em:23/08/2014.

MOORE, E. *et al.* Contraception and clean needles: feasibility of combining mobile reproductive health and needle exchange services for female exotic dancers. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 10, p. 1833-1836, Oct. 2012. ISSN 0090-0036.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&>. Acesso em:01/09/2014.

MOREIRA, F. G.; SILVEIRA, D. X. D.; ANDREOLI, S. B. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, p.807-816, 2006a.

_____. Situações relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas públicas da cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v.40, p.810-817, 2006b.

MUÑOZ, S. I. S. *et al.* Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde. **Brazilian Nursing Communication Symposium (SIBRACEN)**. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 2002.

NARDI, H. C.; RIGONI, R. D. Q. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, p.273-282, 2005.

_____. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p.382-392, 2009.

NELSON, D. E. *et al.* Trends in smokeless tobacco use among adults and adolescents in the United States. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 5, p. 897-905, May 2006. ISSN 0090-0036. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000237154400034 >. Acesso em: 23/08/2014.

NEWTON, N. C. *et al.* Delivering prevention for alcohol and cannabis using the internet: a cluster randomised controlled trial. **Preventive Medicine**, v. 48, n. 6, p. 579-584, Jun. 2009. ISSN 0091-7435. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000267335900014 >. Acesso em:23/08/2014.

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. D. **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo: Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROARD), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Ministério da Saúde, 2008.

NOTO, A. R. *et al.* Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 69-79, 2003.

NUNES, D. C. *et al.* "...outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas...". In: SANTOS, L. M. D. B. (Ed.). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. p.192.

OLIVEIRA, M. D. L. A. *et al.* "The first shot": the context of first injection of illicit drugs, ongoing injecting practices, and hepatitis C infection in Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 4, 2006.

PAIM, J. S. **Desafios para Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. p.154.

PAIVA, V. **Em tempos de AIDS: viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores**. São Paulo: Summus, 1992.

PARKER, J. *et al.* Access to harm reduction services in Atlantic Canada: implications for non-urban residents who inject drugs. **Health & Place**, v. 18, n. 2, p. 152-62, Mar. 2012. ISSN 1353-8292.

PARKIN, S.; COOMBER, R. Informal 'sorter' houses: a qualitative insight of the 'shooting gallery' phenomenon in a UK setting. **Health & Place**, v.15, n.4, p.981-989, Dec. 2009. ISSN 1353-8292 (Print) 1353-8292.

_____. Fluorescent blue lights, injecting drug use and related health risk in public conveniences: findings from a qualitative study of micro-injecting environments. **Health & Place**, v.16, n.4, p.629-637, Jul. 2010. ISSN 1353-8292. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000278451900001 >. Acesso em: 23/08/2014.

_____. Injecting drug user views (and experiences) of drug-related litter bins in public places: a comparative study of qualitative research findings obtained from UK settings. **Health & Place**, v. 17, n. 6, p. 1218-1227, Nov.

2011a. ISSN 1353-8292. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000296671500005 >. Acesso em: 23/08/2014.

_____. Public injecting drug use and the social production of harmful practice in high-rise tower blocks (London, UK): a Lefebvrian analysis. **Health & Place**, v. 17, n. 3, p. 717-726, May 2011b. ISSN 1353-8292. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000291419300003 >. Acesso em: 23/08/2014.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p.154-162, 2011.

PATERSON, B. L. *et al.* **Meta-study of qualitative health research: a practical guide to meta-analysis and meta-synthesis**. Thousand Oaks, CA:Sage, 2001.

PETERSON, J. *et al.* Getting clean and harm reduction: adversarial or complementary issues for injection drug users. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.4, p.733-740, 2006. ISSN 0102311X.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. *In*: Pinheiro, Roseni Mattos, Ruben Araújo (Ed.). **Razões públicas para integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro:ABRASCO, 2007. p.15-28.

PIRES, R. O. M.; CARRIERI, C. G.; CARRIERI, G. G. O Estado frente a temática das drogas lícitas e ilícitas: avanços da nova legislação e desafios frente ao Sistema Único de Saúde. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto: SMAD, 2008.

PISINGER, C.*et al.* Smoking reduction intervention in a large population-based study: the Inter99 study. **Preventive Medicine**, v. 40, n. 1, p. 112-118, Jan. 2005. ISSN 0091-7435. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000225455400015 >. Acesso em: 23/08/2014.

POPOVA, L.; LING, P. M. Alternative tobacco product use and smoking cessation: a national study. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 5, p. 923-930, May 2013. ISSN 0090-0036.

RAMOS, R. *et al.* A tale of two cities: social and environmental influences shaping risk factors and protective behaviors in two Mexico-US border cities. **Health & Place**, v. 15, n. 4, p.999-1005, Dec. 2009. ISSN 1353-8292. Disponível em: <<Go toISI>://WOS:000270348400011 >. Acesso em:23/08/2014.

REGHELIN, E.; DONEDA, D.; RIBEIRO, M. Reflexão crítica sobre as políticas públicas de atenção ao consumo de álcool e outras drogas. *In:* Conselho Federal de Psicologia (Ed.). **Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras**. Brasília: CFP, 2010.

REIS, C. D.; GUARESCHI, N. M. D. F.; CARVALHO, S. D. Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. **Psicologia & Sociedade**, v. 26(n. esp.), p. 68-78, 2014.

REUTER, P.; CAULKINS, J. P. Redefining the goals of national drug policy: recommendations from a working group. **American Journal of Public Health**, v. 85, n. 8, p. 1059-1063, Aug. 1995. ISSN 0090-0036 (Print) 0090-0036.

ROOS, C. M. **Ações de redução de danos voltadas para usuários de drogas: uma revisão integrativa**. Porto Alegre, 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

ROSSI, D. *et al.* The HIV/AIDS epidemic and changes in injecting drug use in Buenos Aires, Argentina. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 4, p. 741-750, 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&>. Acesso em: 01/09/2014.

ROTGERS, F.; FROMME, K.; LARIMER, M. In memoriam: G. Alan Marlatt. **Addiction Research and Theory**, v. 20, n. 3, p. 183-185, 2012. ISSN 1606-6359.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paul Enfermagem**, v. 20, n. 2, Editorial, 2007.

ROUSU, M. C. *et al.* The impact of product information and trials on demand for smokeless tobacco and cigarettes: evidence from experimental auctions. **Preventive Medicine**, v. 60, p. 3-9, Mar. 2014. ISSN 0091-7435. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:00033235900002 >. Acesso em: 23/08/2014.

SAMPAIO, C.; FREITAS, D. S. Redução de danos e SUS: enlances, contribuições e interfaces. Santa Maria, 2006. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) - UNIFRA 2006.

SANTOS, V. E. D.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil (Harm reduction: analysis of the concepts that guide practices in Brazil). **PHYSIS**, v. 20, n. 3, p. 995, 2010. ISSN 01037331.

_____. A produção científica internacional sobre redução de danos: uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 8, p.41, 2012.

SHAW, S. Y. *et al.* Identifying heterogeneity among injection drug users: a cluster analysis approach. **American Journal of Public Health**, v. 98, n.8, p.1430-1437, 2008.

SILVA, S. M. D. *et al.* Redução de danos: estratégia de cuidado com populações vulneráveis na cidade de Santo André - SP. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 100, 2009. ISSN 01041290.

SNYDER, A. G Alan Marlatt obituary. **Lancet**, v.377, p.1914-1914, 2011.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 74, n. 5, p. 637, 2010. ISSN 1413-8123.

SOUSA, C. F. S.; BRANCO, M. Z. P. C. Meta-síntese: uma revisão da literatura. Contributos para o conhecimento e para os cuidados de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/repositorio/journals/1/pressrelease/005.pdf>>. Acesso em: 15/01/2015.

SOUZA, J. D.; KANTORSKI, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. Ribeirão Preto: SMAD, 2007.

SOUZA, J. D. *et al.* Centro de atenção psicossocial e redução de danos: novas propostas, novos desafios. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, p.210-217, 2007.

SPADACIO, C. *et al.* Medicinas alternativas e complementares: uma metassíntese **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 7-13, 2010.

SPINK, M. J. P. Ser fumante em um mundo antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, p.481-496, 2010.

TATARSKY, A.; MARLATT, G. A. State of the art in harm reduction psychotherapy an emerging treatment for substance misuse. **Journal of Clinical Psychology**, v. 66, n.2, 2010.

TIMBERLAKE, D. S. Are smokers receptive to using smokeless tobacco as a substitute? **Preventive Medicine**, v. 49, n. 2-3, p. 229-232, Aug.-Sep. 2009. ISSN 0091-7435. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000270562200030 >. Acesso em:23/08/2014.

TINDLE, H. A. *et al.* Cessation among smokers of "light" cigarettes: results from the 2000 National Health Interview Survey. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 8, p. 1498-1504, Aug. 2006. ISSN 0090-0036. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000239530000032 >. Acesso em: 23/08/2014.

TOUMBOUROU, J. W. *et al.* Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. **Lancet**, v. 369, p. 1391-1401, 2007.

TSEMBERIS, S.; GULCUR, L.; NAKAE, M. Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 4, p. 651-656, Apr. 2004. ISSN 0090-0036. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000220494200032 >. Acesso em:23/08/2014.

UNODC. **World Drug Report 2012**. United Nations,Nova York, 2012.

_____. **World Drug Report 2014** United Nations, New York, 2014.

VALÉRIO, A. L. R. **(Mal)dita liberdade e cidadania: a redução de danos em questão**.Salvador, 2010. 117fls. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania) - Universidade Católica do Salvador, 2010.

WEATHERBURN, D. Dilemmas in harm minimization. **Addiction**, v. 104, n. 3, p. 335-339, 2009. ISSN 0965-2140.

WECHSBERG, W. M. *et al*. Efficacy of a woman-focused intervention to reduce HIV risk and increase self-sufficiency among African American *crack* abusers. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 7, p. 1165-73, Jul. 2004. ISSN 0090-0036 (Print) 0090-0036.

WHITE, H. R. *et al*. In memoriam. G. Alan Marlatt 1941-2011. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v. 72, n. 3, p. 357, 2011. ISSN 1937-1888.

WITKIEWITZ, K.; MARLATT, G. A. Overview of harm reduction treatments for alcohol problems.(Report). **International Journal of Drug Policy**, v. 17, n. 4, p. 285, 2006. ISSN 0955-3959.

WODAK, A.; COONEY, A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. **Substance Use & Misuse**, v. 41, p. 777-813, 2006. ISSN 10826084.

ZAMBRANA, R. E. *et al*.Latinas and HIV/AIDS risk factors: implications for harm reduction strategies. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 7, p. 1152-1158, Jul. 2004. ISSN 0090-0036. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000222518600025 >. Acesso em: 23/08/2014.

8. ANEXO

|

8.1 - ANEXO 1

Quadro 4: Resumo das características das publicações encontradas.

Autor (es)	Ano	Formação 1º autor	País	Método	Sujeitos da pesquisa	Sexo	Idade	Droga	Idioma	Descritor (es)	Periódico
Hartgers <i>et al.</i>)	1992	Não encontrado	Holanda	QT*	UDI	Homens e mulheres	Media 29,7 anos	Metadona	Inglês	Não tem	AJPH
(Mahon)	1996	História	EUA	QL* *	População encarcerada	Homens e mulheres	21 a 39 anos ou menos	UDI	Inglês	Não tem	AJPH
(Dewit <i>et al.</i>)	2000	Não encontrado	Canadá	QT	Usuários de maconha -	Homens e mulheres	15 anos ou mais	Maconha	Inglês	Marijuana, patterns of use, abuse, and dependence	PM
(Godfredsen <i>et al.</i>)	2001	Não encontrado	Dinamarca	QT	Tabagistas	Homens e mulheres	Acima de 19 anos	Tabaco	Inglês	Smoking reduction; smoking cessation; harm reduction; epidemiology.	PM
(Hope <i>et al.</i>)	2001	Não encontrado	Inglaterra, País de Gales	QT	UDI	Homens e mulheres	Todas as faixas etárias	UDI	Inglês	Não tem	AJPH

Autor (es)	Ano	Formação 1º autor	País	Método	Sujeitos da pesquisa	Sexo	Idade	Droga	Idioma	Descritor (es)	Periódico
(Langendam <i>et al.</i>)	2001	Não encontrado	Holanda	QT	UDI - participants in the Amsterdam Cohort Study.	Homens e mulheres	<30 / >39	Metadona	Inglês	Não tem	AJPH
(Deslandes <i>et al.</i>)	2002	Ciências Sociais	Brasil	QL	UDI	Homens e mulheres	18 a 45 anos	UDI	Português	HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Drogas Ilícitas	CSP
(Tsemberis, Gulcur e Nakae)	2004	Psicologia	EUA	QT	Desabrigados com transtornos mentais	Homens e mulheres	18 a ≥61	Álcool e drogas	Inglês	Não tem	AJPH
(Zambraña <i>et al.</i>)	2004	Psicologia	EUA	QL	Porto-riquenhos e mexicanas Americanas mulheres	Mulheres	Entre 15 a 44 anos.	UDI	Inglês	Não tem	AJPH

Autor (es)	Ano	Formação 1º autor	País	Método	Sujeitos da pesquisa	Sexo	Idade	Droga	Idioma	Descritor (es)	Período
(Hjalmarson e Saloojee)	2005	Não encontrado	Suécia	QT	Psicólogos	Não se aplica	Não se aplica	Tabaco	Inglês	Psychologists; Smoking cessation; Smokeless tobacco; Attitudes; Prevalence; Harm reduction	PM
(Garcia <i>et al.</i>)	2005	Não encontrado	Espanha	QT	Tabagistas - estudo de coorte de base populacional em Cornella de Llobregat (Barcelona, Espanha)	Homens e mulheres	Indeterminado	Tabaco	Inglês	Smoking reduction; Harm reduction; Cohort study; Cessation; Epidemiology	PM

Autor (es)	Ano	Formação 1º autor	País	Método	Sujeitos da pesquisa	Sexo	Idade	Droga	Idioma	Descritor (es)	Periódico
(Pisinger <i>et al.</i>)	2005	Medicina	Dinamarca	QT	Tabagistas - estudo de intervenção randomizado, de base populacional, em Copenhague	Indeterminado	30 - 60 anos, media 46	Tabaco	Inglês	Inter99; Population-based; Randomised; Smoking reduction; Smoking reduction group; Tobacco consumption; Motivation	PM
(Moreira, Silveira e Andreoli)	2006	Psiquiatria	Brasil	QL	Coordenadores pedagógicos com cargo de supervisão regionais e responsáveis pela orientação nas escolas, municipais e estaduais.	Indeterminado	Indeterminado	Álcool e drogas	Português	Escolas, recursos humanos. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Uso indevido de drogas, prevenção e controle. Educação em saúde. Pesquisa qualitativa	RSP

Autor(es)	Ano	Formação 1º autor	País	Método	Sujeitos da pesquisa	Sexo	Idade	Droga	Idioma	Descritor(es)	Periódico
14. (Tindle <i>et al.</i>)	2006	Medicina	EUA	QT	Inquérito Nacional de Saúde 2000 nos EUA. Atuais e ex-fumantes	Homens e mulheres	>30, >65	Tabaco	Inglês	Não tem	AJPH
(Kelly e Lapworth)	2006	Não encontrado	Austrália	QL	Estudantes do ensino médio	Homens e mulheres	Média 15 anos	Tabaco	Inglês	High school students; Tobacco; Indicated prevention; Motivational interviewing; Efficacy	PM
(Nelson <i>et al.</i>)	2006	Não encontrado	EUA	QT	1988 to 2000 National Health Interview Survey/ Youth Risk Behavior Survey	Homens e mulheres	19 anos ou mais e 9 a 12 estudante	Tabaco	Inglês	Não tem	AJPH

Autor(es)	Ano	Formação 1º autor	País	Método	Sujeitos da pesquisa	Sexo	Idade	Droga	Idioma	Descritor(es)	Periódico
(Mingoti e Caiaffa)	2006	Estatística	Brasil	QT	UDI de três PRD	Indeterminado	Indeterminado	UDI	Inglês	Redução do Dano; Uso Indevido de Drogas Parenterais; Drogas Ilícitas; Programas de Troca de Seringas	CSP
(Peterson <i>et al.</i>)	2006	Não encontrado	EUA	QL	UDI	Homens e mulheres	18 anos ou mais	UDI	Inglês	Drogas Ilícitas; Abuso de Drogas; Redução de Danos	CSP
(Oliveira <i>et al.</i>)	2006	Não encontrado	Brasil	QT	UDI	Homens e mulheres	Indeterminado	UDI	Inglês	Uso Indevido de Drogas Parenterais; Uso Comum de Agulhas e Seringas; Vírus da Hepatite C; Drogas Ilícitas	CSP

Autor(es)	Ano	Formação 1º autor	País	Método	Sujeitos da pesquisa	Sexo	Idade	Droga	Idioma	Descritor(es)	Periódico
(Cintra, Caiaffa e Mingoti)	2006	Psicologia	Brasil	QT	UDI	Homens e mulheres	18 anos ou mais	UDI	Inglês	Uso Indevido de Drogas Parenterais; HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Redução do Dano	CSP
(Ferreira <i>et al.</i>)	2006	Nutrição	Brasil	QT	UDI	Homens e mulheres	18 anos ou mais	UDI	Inglês	Sorodiagnóstico da AIDS; Uso Indevido de Drogas Parenterais; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; HIV	CSP

Autor(es)	Ano	Formação 1º autor	País	Método	Sujeitos da pesquisa	Sexo	Idade	Droga	Idioma	Descritor(es)	Período
(Fonseca <i>et al.</i>)	2006	Psicologia	Brasil	QT	Diretores de ONG e órgãos governamentais	Não se aplica	Não se aplica	UDI	Inglês	Programas de Troca de Seringas; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Uso Indevido de Drogas Parenterais	CSP
(Rossi <i>et al.</i>)	2006	Não encontrado	Argentina	QQ* **	140 UDI e 35 parceiros sexuais de UDIs	Homens e mulheres	18 anos ou mais	UDI	Inglês	Redução de Danos; Drogas ilícitas; HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	CSP

Autor (es)	Ano	Formação 1º autor	País	Método	Sujeitos da pesquisa	Sexo	Idade	Droga	Idioma	Descritor (es)	Período
(Barros <i>et al.</i>)	2007	Medicina	Brasil	QT	População geral	Homens e mulheres	14 anos ou mais	Álcool	Inglês	Alcoolismo epidemiologia. Fatores de risco. Fatores socioeconômicos. Amostragem por conglomerados. Inquéritos de morbidade.	RSP
(Laranjo e Soares)	2007	Psicologia	Brasil	QL	Alunos de graduação que moravam há mais de um ano nos diferentes blocos	Homens e mulheres	22 a 24 anos	Álcool e drogas	Português	Comportamento social. Estudantes. Habitação social. Drogas ilícitas. Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. Entrevistas. Pesquisa qualitativa	RSP

Autor (es)	Ano	Formação 1º autor	País	Método	Sujeitos da pesquisa	Sexo	Idade	Droga	Idioma	Descritor (es)	Periódico
(Kerr <i>et al.</i>)	2007	Não encontrado	Canadá	QT	UDI	Homens e mulheres	Media 39 (19-64)	UDI	Inglês	Não tem	AJPH
(Marche <i>sini et al.</i>)	2007	Não encontrado	Brasil	QT	UDI	Homens e mulheres	Média de 39 anos	UDI	Português	Hepatite C, epidemiologia. Hepatite C, prevenção e controle. Hepatite B, epidemiologia. Hepatite B, prevenção e controle. Infecções por HIV, epidemiologia. Abuso de substâncias por via intravenosa . Estudos transversais	RSP

Autor(es)	Ano	Formação 1º autor	País	Método	Sujeitos da pesquisa	Sexo	Idade	Droga	Idioma	Descritor(es)	Período
(Lima <i>et al.</i>)	2007	Não encontrado	Brasil	QL	Profissionais de diferentes categorias, de nível médio e superior e com pelo menos um ano de trabalho no local	Indeterminado	Não se aplica	Drogas	Português	Síndrome de imunodeficiência adquirida. Equipe de assistência ao paciente. Assistência ao paciente. Efeitos psicossociais da Doença. Preconceito. Serviços de saúde, recursos humanos. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Pesquisa qualitativa.	RSP

Autor (es)	Ano	Formação 1º autor	País	Método	Sujeitos da pesquisa	Sexo	Idade	Droga	Idioma	Descritor (es)	Periódico
(Moraes)	2008	Psicologia	Brasil	QL	Usuários, acompanhantes e profissionais de diferentes áreas e setores do CAPS AD	Indeterminado	Indeterminado	Alcool e drogas	Português	Atenção à saúde, Drogas, Humanização, Integralidade	CSC
(Deruiter <i>et al.</i>)	2008	Não encontrado	Canadá	QT	Tabagistas - Canadian Community Health Survey	Homens e mulheres	Media 40,44	Tabaco	Inglês	Não tem	AJPH
(Shaw <i>et al.</i>)	2008	Não encontrado	Canadá	QT	UDI	Homens e mulheres	15 anos ou mais	UDI	Inglês	Não tem	AJPH
(Newton <i>et al.</i>)	2009	Não encontrado	Austrália	QT	Adolescentes	Homens e mulheres	13 anos	Álcool e maconha	Inglês	Harm reduction; Alcohol education; Cannabis education; Prevention; Computerised lessons; School-based Internet	PM

Autor (es)	Ano	Formação 1º autor	País	Método	Sujeitos da pesquisa	Sexo	Idade	Droga	Idioma	Descritor (es)	Período
(Timberlake)	2009	Não encontrado	EUA	QT	Tabagistas	Homens e mulheres	18 anos ou mais	Tabaco	Inglês	Tabaco sem fumaça; Redução de danos do tabaco; A cessação do tabagismo	PM
(Ramos <i>et al.</i>)	2009	Não encontrado	México	QT	UDI	Indeterminado	Media 34 anos	UDI	Inglês	Substance abuse; Risk environment; Injection drug use; Structural factors; Harm reduction	HP
(Parkin e Coomber)	2009	Não encontrado	Inglaterra	QL	UDI	Homens e mulheres	Media 33, entre 20 e 49	UDI	Inglês	Shooting gallery; Injecting drug use; Drug settings; Harm reduction; Risk environment; Drug-user activism	HP

Autor(es)	Ano	Formação 1º autor	País	Método	Sujeitos da pesquisa	Sexo	Idade	Droga	Idioma	Descritor(es)	Periódico
(Nardi e Rigoni)	2009	Medicina	Brasil	QL	Coordenações dos 11 programas e ações então vigentes na região de cada programa no local onde o programa se estabelece/dois representantes do CRRD-ESP/RS e um da Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA)	Indeterminado	Indeterminado	UDI	Português	Redução de Danos; Drogas Ilícitas; Políticas Públicas	CSP
(Apelberg <i>et al.</i>)	2010	Não encontrado	EUA	QT	Adultos	Homens e mulheres	18 anos ou mais	Tabaco	Inglês	Não tem	AJPH

Autor (es)	Ano	Formação 1º autor	País	Método	Sujeitos da pesquisa	Sexo	Idade	Droga	Idioma	Descritor (es)	Periódico
(Klesges <i>et al.</i>)	2010	Psicologia	EUA	QT	Militares	Homens e mulheres	Indeterminado	Tabaco	Inglês	Não tem	AJPH
(Parkin e Coomber)	2010	Não encontrado	Inglaterra	QL	UDI	Homens e mulheres	Media 34 anos	UDI	Inglês	Fluorescent blue lights; Public injecting; Drug use settings; Risk environments; Harm reduction	HP
(Parkin e Coomber, 2011a)	2011	Não encontrado	Inglaterra	QL	UDI	Homens e mulheres	Media 33,5	UDI	Inglês	Public injecting drug use; High-rise tower blocks; Right to the city; Henri Lefebvre; Injecting related harm reduction	HP

Autor (es)	Ano	Formação 1º autor	País	Método	Sujeitos da pesquisa	Sexo	Idade	Droga	Idioma	Descritor (es)	Periódico
(Parkin e Coomber, 2011b)	2011	Não encontrado	Inglaterra	QL	UDI	Homens e mulheres	Indeterminado	UDI	Inglês	Drug related litter bins; Public injecting drug use; Harm reduction intervention ; Sociology of fear and dirt; Discarded needles and syringes	HP
(Cooper <i>et al.</i>)	2011	Literatura Inglesa	EUA	QT	UDI	Homens e mulheres	Media 38 (18-75)	UDI	Inglês	Não tem	AJPH
(Parker <i>et al.</i>)	2012	Não encontrado	Canadá	QL	UDI áreas urbanas e rural	Indeterminado	18 anos ou mais	UDI	Inglês	Injection drug use; Harm reduction; Rural; Small town; Non-urban; Needle exchange programs	HP

Autor (es)	Ano	Formação 1º autor	País	Método	Sujeitos da pesquisa	Sexo	Idade	Droga	Idioma	Descritor (es)	Periódico
(Cooper <i>et al.</i>)	2012	Literatura Inglesa	EUA	QT	UDI	Homens e mulheres	Media 38	UDI	Inglês	Syringe exchange programs; Harm reduction; Injection drug use; HIV; Drug-related law enforcement; Geospatial analyses	HP
(Collins, Malone e Clifasefi)	2013	Não encontrado	EUA	QT	Moradores de rua com problemas graves de álcool que viviam em um único local de Habitação Primeiro programa e participaram de um ensaio maior	Homens e mulheres	Media 48,43	Álcool	Inglês	Não tem	AJPH

Autor (es)	Ano	Formação 1º autor	País	Método	Sujeitos da pesquisa	Sexo	Idade	Droga	Idioma	Descritor (es)	Periódico
(Popova e Ling)	2013	Não encontrado	EUA	QT	Tabagistas - ex e atuais	Homens e mulheres	Média de 42 anos	Tabaco	Inglês	Não tem	AJPH
(Iversen <i>et al.</i>)	2013	Medicina	Austrália	QT	UDI	Homens e mulheres	Todas as faixas etárias	UDI	Inglês	Não tem	AJPH
(Rousu <i>et al.</i>)	2014	Economia	EUA	QT	Tabagistas	Homens e mulheres	Menos de 30 e acima de 50	Tabaco	Inglês	Smokeless tobacco; Experimental auctions; Information ; Communications	PM
(Inglez-Dias <i>et al.</i>)	2014	Psicologia	Brasil, EUA	QL	Dirigentes	Indeterminado	Até 30 anos	UDI	Português	Redução de danos, Uso de drogas, Políticas de saúde, Prevenção	CSC

Legenda: * QT metodologia quantitativa, **QL: metodologia qualitativa, ***QQ: metodologia quanti-qualitati

