

Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura

Harm reduction strategies regarding the misuse of alcohol and other drugs: a review of the literature

Tháisa Borges Gomes¹
Marcelo Dalla Vecchia¹

Abstract *The present study attempts to systemize the experiences of those that have been treated in the primary health care system for alcohol and drug abuse with a view to obtaining reductions in the damages caused to Brazil and the world at large. A bibliographical study was conducted of publications in Portuguese and in English over the past ten years on the following databases SciELO, Lilacs, Medline and PsycINFO. After the selection of the corpus, meta-synthesis was carried out in order to integrate the material obtained. It was possible to identify and analyze advances and impasses in the implementation of harm reduction strategies, and to compare the different approaches identified in the services and care activities offered to users. We noticed that Harm Reduction has become consolidated as a prevention and health care strategy; therefore, it is essential that more academic and scientific research in this area is conducted.*

Key words *Harm reduction, Psychoactive drugs, Meta-synthesis, Health policy*

Resumo *O presente estudo traz uma sistematização acerca de experiências de atenção à saúde a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas que têm por base as diretrizes da redução de danos no Brasil e no mundo. Foi realizado um levantamento bibliográfico em publicações de língua portuguesa e inglesa dos últimos dez anos hospedadas nas bases de dados SciELO, Lilacs, Medline e PsycINFO. Após a seleção do corpus, recorreu-se à metassíntese a fim de integrar o material obtido. Foi possível identificar e analisar avanços e impasses na implantação de estratégias de redução de danos, bem como comparar as diferentes abordagens identificadas nos serviços e ações de cuidado oferecidas aos usuários. Nota-se que a Redução de Danos tem se consolidado como estratégia de prevenção e tratamento e, dessa forma, torna-se imprescindível ampliar as produções acadêmica e científica na área.*

Palavras-chave *Redução de danos, Substâncias psicoativas, Metassíntese, Políticas de Saúde*

¹ Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São João Del-Rei. Pç. Dom Helvécio 74, Dom Bosco. 36301-160 São João del-Rei MG Brasil. thabog@gmail.com

Introdução

Para compreender a relação do ser humano com as substâncias psicoativas é necessário apreender a historicidade desta relação nos âmbitos social, econômico, político e cultural. Neste sentido, assim como a sociedade se transforma ao longo da história, as formas de consumir drogas também foram se modificando. O uso de substâncias psicoativas não é um fenômeno estritamente atual¹⁻³. Seu caráter milenar está atrelado a um comportamento de aprendizado sobre o conhecimento e utilização de plantas e substratos de origens vegetal e animal para produzir alterações no estado de consciência⁴. A utilização do ópio e de bebidas alcoólicas, por exemplo, esteve associado a rituais festivos e religiosos presentes em diversas culturas².

A partir do final do século XV, marcado pelas grandes navegações, inicia-se a formação de um sistema mundial de difusão comercial e cultural. Pode-se registrar, desde aquela época, o tráfico especializado de certos gêneros, dentre eles o ópio e o tabaco. A América e o Oriente, novos continentes, integram-se ao mundo moderno fornecendo tais insumos aos países europeus¹.

As mudanças sociais da Revolução Industrial desde fins do século XVIII geram mudanças nos padrões de consumo das substâncias psicoativas. Surgem as drogas sintéticas, como por exemplo a cocaína. A oferta de novos psicoativos concomitante à ascensão do capitalismo como modo de produção hegemônico no século XX posiciona de forma estratégica o comércio de drogas. Centenas de milhões de dólares advêm como lucro da comercialização de substâncias ilegais e legais, como café, chás e fármacos. O álcool e o tabaco começam a ser produzidos em larga escala². A difusão e a circulação desses produtos se tornou mais abundante com a expansão comercial e a produção em larga escala¹.

Não obstante a relação perene do ser humano com as substâncias psicoativas, o padrão de consumo de álcool e outras drogas iniciado no século XX se diferencia dos modos de uso pretéritos. As drogas alcançaram *status* comercial e regulação econômica de âmbito estatal, com a distinção entre drogas ilícitas e lícitas obedecendo às conjunturas políticas, culturais e econômicas¹. Juntamente com a maior disponibilidade e incentivo ao consumo das substâncias psicoativas por meio da propaganda, os problemas associados ao uso dessas substâncias atingiram abrangência populacional, relacionando-se com o aumento da criminalidade, do narcotráfico, da marginalização e de outros problemas socio sanitários⁵.

A meta de banimento das substâncias psicoativas tornadas ilícitas foi instituída como modo de lidar com os problemas advindos do uso por meio da “Guerra às Drogas”². A I Conferência Internacional do Ópio, ocorrida em Haia no ano de 1912, foi um marco fundador da ordem proibicionista internacional, porém seu plano de ação foi abandonado no decorrer do entre-guerras. Em 1961, os Estados Unidos da América (EUA) e a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovam a Convenção Única sobre Entorpecentes, estabelecendo as bases para o paradigma vigente. O objetivo da Convenção é a aplicação de duras sanções penais a quem comercializa substâncias psicoativas proscritas. Esta abordagem orienta-se prioritariamente à redução da oferta, incentivando a escassez dos produtos, a veiculação de informações pautadas pelo amedrontamento e o apelo moral de *slogans* tais como “Diga Não às Drogas”⁵.

O insucesso do modelo proibicionista foi atestado pelo aumento mundial do tráfico e do consumo de drogas⁶. Nesse âmbito, compreende-se o usuário de drogas em termos de duas perspectivas: a moral/criminal e a da doença. O processo de estigmatização decorrente destas perspectivas cria barreiras para a inclusão social e também para o próprio tratamento, ao passo que o rótulo atrelado aos usuários de drogas dificulta, por exemplo, o acesso às instituições de saúde⁷.

Em 1926, na Inglaterra, é divulgado o Relatório Rolleston, recomendando aos médicos a prescrição de heroína e morfina como ato médico para pessoas que não reuniam condições de cessar o uso, sendo a primeira vez que se tem registro da indicação oficial de uma prática de redução de danos (RD). Havia administração monitorada dessas drogas com dosagens prescritas legalmente pelos médicos responsáveis, visando possibilitar uma vida mais estável e produtiva⁵. Porém, somente a partir da década de 1980 a RD passou a ser levada em conta como estratégia a ser adotada em sistemas de atenção à saúde. Sua viabilidade foi atestada pelas inovações e importantes resultados obtidos, inicialmente na prevenção da AIDS⁸.

A partir da implantação da política de RD na Holanda, em 1984, vários países do continente europeu passaram a adotar estas práticas, como a Inglaterra, em 1985. Em seu primeiro momento, a RD focava o controle da epidemia de AIDS que assolava os usuários de drogas injetáveis. A maior parte dos projetos estava sendo norteadada pela troca de seringas e pela informação entre pares. Além das doenças sexualmente transmis-

síveis, registrava-se uma proliferação de casos de hepatite entre usuários e dependentes⁵.

Vale ressaltar o protagonismo dos *junkie bonds* na Holanda durante o processo de implantação dos programas, entidades auto-organizadas de usuários que ofereciam serviços de troca de seringas e informações à comunidade-alvo. Os programas foram sendo aprimorados com a prescrição de drogas injetáveis como heroína e cocaína com qualidade e dosagem controlada para indivíduos altamente dependentes, inclusão no trabalho e moradia, e tratamento para a dependência visando à desintoxicação³.

A RD não é só atraente no ponto de vista humano, mas também é menos custosa e mais eficiente quando comparada às abordagens tradicionais, tornando-se um movimento internacional³. Em alguns programas de RD são oferecidos serviços de aconselhamento e informação não somente para o usuário como para a família e cônjuges, além de grupos de ajuda mútua, assumindo uma dimensão comunitária. Campanhas de vacinação contra as Hepatites A e B, e ações de informação sobre direitos à saúde, são realizadas junto de pessoas em situação de vulnerabilidade como travestis, prostitutas, pessoas em situação de rua e homens que fazem sexo com outros homens, além dos usuários de drogas injetáveis⁵.

No Brasil, as primeiras iniciativas de RD datam do final da década de 1980 nas cidades de Santos, Rio de Janeiro e Salvador. Porém, a RD só passou a ser compreendida como uma estratégia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) após o lançamento da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) do Ministério da Saúde em 2003. Essa Política preconiza ações preventivas e de redução de danos, bem como o entrelaçamento das iniciativas de RD com os serviços do SUS, principalmente com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos serviços de atenção básica à saúde, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁵.

Um dos principais pontos dessa prática é partir da singularidade do sujeito e de seus direitos enquanto cidadão. Os programas de RD invocam em seu favor razões éticas e humanitárias, a promoção da saúde e os direitos humanos⁶. A promoção da saúde implica o protagonismo dos atores sociais em sua qualidade de vida e saúde, como um contraponto à medicalização da assistência, visando à autonomia e emancipação. Indivíduos e grupos devem constituir meios para identificar aspirações, necessidades e modificar favoravelmente suas condições de vida, saúde e

trabalho. O conceito é fruto da Carta de Ottawa, oriunda da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986⁶.

Repudia-se, assim, o abandono e a discriminação de pessoas que vivem problemas por fazerem uso de álcool e outras drogas, que passaram ou passam por fracassos quanto à impossibilidade de abstinência imediata, ou que ainda não se vêem em condições de aderir a um tratamento⁶. Em suma, dá-se maior visibilidade ao usuário como sujeito de direitos, colocando-se em discussão a responsabilidade individual e penal, a liberdade de escolha, o autocuidado, a diversificação das modalidades de atenção (pluralização terapêutica) etc. como elementos fundamentais da conquista de direitos humanos e de cidadania.

Busca-se qualificar a interface da saúde com a justiça, esporte, lazer, cultura e trabalho, atuando sobre os fatores que predisõem ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas, e inserindo a dinâmica social de forma ativa tanto no auxílio às pessoas que vivem problemas quanto nas ações preventivas. As práticas de prevenção propostas pela RD abrangem a adoção de medidas prévias ao surgimento e/ou agravamento da situação, visando eliminar ou diminuir a probabilidade de ocorrência de danos individuais e coletivos⁹.

Não obstante, considera-se fundamental diferenciar política, programa e estratégia. As políticas consistem em princípios norteadores, são as diretrizes do sistema, apontando as concepções que o embasam. Os programas, por sua vez, têm o intuito de produzir novas tecnologias, operacionalizando as diretrizes propostas pelas políticas indicando, por exemplo, como se dará o acesso aos dispositivos e aos serviços assistenciais. As estratégias, finalmente, são as ações cotidianas que definem, orientam e operam as políticas, interpellando a atividade de trabalhadores, gestores e cidadãos⁸.

Ao se apreciar o panorama apresentado anteriormente, nota-se que a RD vem desfrutando de indiscutível consolidação, o que se reflete na produção de aportes teóricos e na divulgação de inovações no âmbito técnico-assistencial e de gestão. Porém, há dificuldades na transferência de conhecimento e/ou aprendizagem em políticas públicas, uma vez que os responsáveis pela sua elaboração recorrem a recursos escassos. É importante caracterizar os programas de RD quanto à situação política de implementação, financiamento, histórico, relações de trabalho, contexto legal, atividades desenvolvidas, parcerias e distribuição geográfica⁹. Nesta oportuni-

de são revisados relatos de experiências de RD a partir da produção científica indexada em bases de dados como meio para compreender os avanços e os entraves da implantação da RD no Brasil e no mundo.

Metodologia

A metassíntese possibilita investigar relações e interações humanas, sem desconsiderar as experiências singulares, e abarcando o sentido próprio de cada vivência¹⁰. É uma modalidade de pesquisa qualitativa que possibilita, por meio da análise e síntese de resultados, valorizar a evidência científica do processo de investigação qualitativa¹¹.

Desenvolve-se em quatro etapas. A primeira diz respeito à definição da amostra que será pesquisada e ao delineamento de um objeto de estudo. Na fase subsequente, em que se realizam leituras minuciosas visando à produção dos fichamentos, são detalhados os estudos e os levantados dos primeiros resultados¹¹. A terceira etapa, também conhecida como metanálise e metamétodo, consiste na elaboração de uma síntese inicial dos resultados, com estabelecimento de critérios de interpretação do conteúdo e classificação dos principais temas e subtemas. Por fim, na quarta etapa, de metateoria e metassíntese propriamente dita, o pesquisador irá descrever o fenômeno e redigir a síntese dos resultados¹¹.

Foram incluídos relatos de experiência profissional e de gestão, de cunho quantitativo ou qualitativo, cujo conteúdo consistia na descrição de serviços de RD publicados de 2005 a 2015. Foram excluídos trabalhos que não estavam escritos em português ou inglês.

Os termos procurados em língua portuguesa foram: “redução de danos” com “estratégia”, “modelo”, “práticas”, “metodologia” ou outros equivalentes, e em língua inglesa: *harm reduction* com *strategies*, *model* e *approach*. A seleção dos artigos ocorreu em três etapas: seleção pelo título, seguida pela leitura do resumo e, finalmente, leitura do artigo na íntegra. A busca desses artigos se deu nas seguintes bases de indexação: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e PsycINFO.

A segunda etapa consistiu na leitura minuciosa do material selecionado. Devido à grande quantidade de artigos, foi adotado um agrupamento inicial a fim de facilitar a leitura e propi-

ciar a pré-análise e considerações preliminares. Nesse processo, os textos foram organizados segundo o seu país de origem. A Tabela 1 apresenta o número de artigos selecionados a partir das bases indexadas segundo a nacionalidade.

Foram analisados os problemas, as estratégias e os conceitos abordados nas experiências relatadas, sistematizando as principais características de cada trabalho. Registraram-se as técnicas de RD utilizadas, a população-alvo e o local de atuação. Nesse terceiro momento (metamétodo e metanálise), visando identificar e interpretar as semelhanças e as diferenças entre os diferentes modelos de RD, a análise e a integração dos conteúdos se deu de forma mais direcionada, gerando a primeira síntese de resultados.

Na síntese final apresenta-se uma sistematização das técnicas adotadas, das peculiaridades dos locais de atuação e das características do público-alvo, exprimindo divergências, convergências e tendências das experiências de RD relatadas.

Resultados e Discussão

Na pesquisa realizada no SciELO utilizaram-se os descritores: “redução de danos”, “álcool e outras drogas”, “estratégias”, “políticas públicas”, “saúde coletiva”, “usuários de drogas”, “drogadição”, *harm reduction*, *harm reduction – model*, *harm reduction approach*, *public health – harm reduction* e *drug users*. A Tabela 2 apresenta os resultados obtidos na busca.

Foram utilizadas as opções de busca oferecidas pelo Lilacs, e selecionados os artigos em português e inglês que contemplassem os seguintes termos-chave: “redução de danos”, “abuso de substâncias por via intravenosa”, “infecções por

Tabela 1. Resultado das buscas realizadas nas bases de dados selecionadas, segundo a nacionalidade, entre 2005 e 2015.

País	Número de Artigos
Brasil	13
Outros Países	13
Europa	9
EUA	5
Irã	4
Canadá	3
Nacionalidade múltipla	3
Índia	2

Fontes: SciELO, Lilacs, Medline e PsycINFO.

HIV”, “programa de troca de agulhas”, “drogas ilícitas”, “álcool/política de saúde”, “usuário de drogas”, “saúde pública” e “política social”. A seleção totalizou 38 artigos, e seis cumpriram os critérios de inclusão. As mesmas opções de pesquisa foram utilizadas no Medline, retornando um total de 4.982 artigos, sendo incluídos 31 trabalhos no *corpus*.

Por fim, no PsycINFO, foram utilizadas combinações entre: *harm reduction, drugs, human, journal, peer reviewed journal, government policy, public health, empirical study e quantitative/qualitative study*. Utilizando-se esses parâmetros, foram encontrados 120 artigos, sendo que 19 estavam em consonância com os objetivos da pesquisa. A síntese desses resultados encontra-se descrita na Tabela 3.

Após essa primeira seleção de artigos, foi realizada uma análise individual. Nesse momento, orientando-se pelos critérios de inclusão ante-

riormente citados, sete artigos foram excluídos por não se enquadrarem, oito não foram localizados, e três eram repetidos. Assim, 51 artigos seguiram aptos para a próxima etapa da pesquisa.

Posteriormente à leitura individual, realizou-se nova análise comparativa. Foram estabelecidos critérios que possibilitaram agrupamento desse material, respeitando os elementos-chave e a metodologia da metassíntese. A partir da síntese do material analisado, três aspectos principais sobressaltaram: (1) as técnicas adotadas, (2) o local de atuação e (3) a população-alvo.

Técnicas de RD

Os programas de RD são sensíveis ao contexto social, econômico e político nos quais estão inseridos. Essas singularidades propiciam diferenças na forma de abordagem, na formação dos profissionais, na configuração das equipes e nos serviços e produtos oferecidos¹²⁻¹⁵.

Além das diferenças culturais e socioeconômicas, a abrangência da cobertura também propicia heterogeneidade entre os programas de RD, podendo ser baixa ou alta. Os programas de baixa cobertura atingem um número reduzido de usuários e, em sua maioria, encontram-se em fase de implantação, como se pode observar em relatos do Nepal¹⁶, Camboja¹³, Brasil¹⁷ e Tailândia¹⁸. Os programas de alta cobertura, por sua vez, assistem grandes extensões territoriais e contemplam maior contingente de pessoas, como são os casos do Reino Unido¹², Alemanha¹⁹ e Austrália²⁰. Em países com alta cobertura a RD é uma estratégia consolidada há mais tempo¹².

No que tange ao financiamento, várias experiências relatadas recorrem ao orçamento público, vinculando as políticas de RD às políticas públicas de saúde, assistência social e segurança. Este modelo de financiamento ocorreu em relatos do Brasil^{4,9,21,22}, Canadá¹⁴, EUA (estado de Utah)²³, Suíça²⁴ e Espanha^{25,26}, oportunizando avanços na arena legislativa^{12,22,27,28}.

A presença de organizações não governamentais (ONGs) é comum, principalmente nos países em que as estratégias de RD têm baixa cobertura. As ONGs podem estar articuladas à política pública ou não, caso em que recorrem ao financiamento privado. A presença da participação privada e modelos mistos ocorreram na Índia²⁹, Brasil⁹, Espanha²⁵, Canadá³⁰ e em alguns países asiáticos²⁸. Os recursos advindos de empresas, fundações e corporações propiciam que esses serviços mantenham-se ativos^{16,29,31-33}. Organizações internacionais multilaterais, como,

Tabela 2. Resultado da busca realizada no SciELO entre 2005 e 2015.

Termos Pesquisados	Artigos encontrados	Artigos utilizados
<i>Drug Users</i>	36	2
<i>Harm Reduction</i>	24	2
Políticas Públicas/Drogas	23	3
Redução de Danos	19	4
<i>Harm Reduction/Drugs</i>	17	-
Estratégias/Drogas	12	1
Drogadição	8	-
Saúde Coletiva	5	-
Usuários de Drogas	3	1
Álcool e Outras Drogas	1	-
Total de Artigos	148	13

Fonte: SciELO.

Tabela 3. Resultado das buscas realizadas nas bases de dados selecionadas entre 2005 e 2015.

Bases Indexadas	Artigos encontrados	Artigos utilizados
Medline	4.982	31
SciELO	148	13
PsycINFO	120	19
Lilacs	38	6
Total	5.288	69

Fontes: SciELO, Lilacs, Medline e PsycINFO.

por exemplo, a Organização das Nações Unidas (ONU), também subsidiam a implantação e manutenção de alguns desses programas^{28,31}.

Os Agentes Redutores de Danos (ARD) e suas condições de trabalho também são ressaltados em vários relatos^{4,6,9,17,21,22,34-37}. Parte importante desses trabalhadores mantém um vínculo informal, sendo, em sua maioria, voluntários, enquanto outros são lideranças locais e ex-usuários, o que se observa em relatos do Brasil^{4,6,9,17,21,34,37}, EUA³⁶ e Inglaterra³⁵. A precariedade e instabilidade dos vínculos de trabalho dificulta o desenvolvimento profissional e a perenidade dos programas de RD, relatada de forma explícita nas experiências brasileiras^{6,9,17}.

Relata-se sobrecarga dos ARDs no cumprimento de sua atividade assistencial³⁵. Dificuldades relacionadas ao planejamento dessas atividades geram prejuízos ao serviço³⁶. Além disso, lacunas na capacitação interferem na qualidade da oferta assistencial aos usuários de álcool e outras drogas^{9,17,36}. A proximidade das atividades de RD com o tráfico de drogas ilícitas também é indicada como um desafio a ser enfrentado cotidianamente⁶.

A multiplicidade de saberes e de práticas tem possibilitado a adaptação de modelos consolidados, bem como o desenvolvimento de inovações, que propõem intervenções mais adequadas aos contextos locais¹⁷. Porém, não obstante à singularidade das experiências, observa-se que as técnicas descritas a seguir têm sido mais comumente adotadas, devido às características de custo-benefício, custo-efetividade e benefícios às pessoas atendidas.

Troca de Seringas e Material Esterilizado

A troca ou fornecimento de seringas continua sendo uma das práticas de RD mais amplamente adotadas, e utilizada em diversos países, como Brasil^{9,12,17,34}, Bangladesh¹², China^{12,38}, Ucrânia¹², Rússia^{12,33}, Bielorrússia¹², Camboja¹³, EUA^{14,39}, Tailândia¹⁸, Índia²⁹, Espanha²⁵, Canadá¹⁴, Tanzânia³² e no continente asiático²⁸. Isso se dá pelo seu baixo custo em relação a outros dispositivos, além da comprovada eficácia.

O acesso a esse serviço ocorre de maneira diferenciada, respeitando as características locais^{12,17}. As seringas podem ser trocadas ou distribuídas em serviços de saúde como ocorre na Ásia e China^{28,38}; nas próprias cenas de uso, como descrito na experiência canadense¹⁴; em unidades volantes ou em farmácias cadastradas nos programas de RD, como é o caso das experiên-

cias da Tailândia e Espanha^{18,25}. As seringas são insumos incluídos nos *kits* de RD na experiência tailandesa³².

A oferta desses materiais tem levado a resultados positivos em termos de RD^{14,25}. Os estudos comprovam que essa oferta não aumenta a incidência de novos usuários e, não obstante, reduz o consumo¹⁷. O serviço de troca de seringas está associado a uma gama maior de atividades junto dos usuários, tais como ações informativas, aconselhamento e testagem para o vírus HIV, dentre outros^{9,12-14,17,18,25,28,29,32-34,38,39}.

Alguns estudos apontaram aspectos negativos, como a distância dos pontos de troca com os locais de uso, demandando grandes deslocamentos dos usuários para a realização da troca de suas seringas e agulhas ou entrega nos pontos de descarte, como ocorreu na Tailândia¹⁸. Outro fator inconveniente ao acesso a práticas de RD é o assédio da polícia próximo a esses ambientes, gerando medo e desconforto, conflitos descritos nos relatos oriundos do Brasil¹², Canadá¹⁴, Tailândia¹⁸ e Espanha²⁵.

As salas de uso protegido são, também, uma alternativa para o consumo, reduzindo fatores de risco comuns nas cenas de uso. Esses locais propiciam ambientes assépticos e seguros, diminuindo o risco de contaminação e dispensando o policiamento ostensivo, disponibilizados em experiências do Canadá¹⁴, Tailândia¹⁸, Espanha²⁵ e nos países europeus com alta cobertura²⁰. Outra vantagem é que não há o compartilhamento de seringas devido à disponibilidade de material e informações.

Informações e Aconselhamento

Serviços de informação e aconselhamento são parte integrante da maioria das estratégias de RD. As informações podem ser repassadas verbalmente aos usuários do serviço, bem como em grupos de ajuda mútua. Irã^{15,40}, EUA²³, Tailândia¹⁸, Suíça²⁴, Índia²⁹, Inglaterra^{35,41}, Tanzânia³² e China³⁸ adotaram intervenções informativas associadas a outros serviços de RD. As informações preventivas também são difundidas por meio de materiais impressos que acompanham, usualmente, os insumos fornecidos, como é o caso das seringas, cachimbos e os *kits* de RD ofertados em experiências no Brasil^{4,21,32} e na Tanzânia⁴².

A informação entre pares, ou seja, entre usuários e ex-usuários, continua sendo indicada como a forma mais eficiente de se oportunizar troca de conhecimentos^{9,21,29,34,35,37}. Sua eficácia decorre tanto por ser realizada entre os pares

quanto pelo caráter informal³⁵. A oferta e a troca de informações sobre as drogas bem como a respeito de formas de uso seguro previne riscos evitáveis. Momentos informativos também possibilitam intervenções voltadas à autoestima e ao autocuidado, proporcionando, consequentemente, o reconhecimento de necessidades de saúde negligenciadas⁴³.

A oferta de informações também contempla familiares e comunidade, visando superar ou pelo menos minimizar o estigma em torno do usuário de drogas e das propostas de RD, como indicado em relatos dos EUA²³, Suíça²⁴ e Indonésia³¹. Ao receberem informações apropriadas sobre o uso prejudicial de drogas, família e comunidade podem protagonizar a oferta de cuidados e de ações preventivas⁴³.

Serviços de aconselhamento beneficiam tanto usuários quanto familiares e podem ser aliados ao apoio psicológico. No Brasil, o atendimento psicológico tem sido comumente utilizado^{9,34,43,44}. Além das experiências brasileiras, Irã^{15,40}, Tanzânia³² e China³⁸ também o adotam como estratégia de intervenção. A testagem do vírus HIV, serviço que compõe estratégias de RD, também é acompanhada de aconselhamento³⁸.

Kits de Redução de Danos

Os *kits* são uma oferta abrangente no que tange aos cuidados de saúde do usuário, podendo ter composições distintas de acordo com o público assistido. Comumente, os *kits* são compostos de: folhetos informativos, materiais para o tratamento de feridas, água destilada, preservativos e lubrificantes. Agulhas, seringas e cachimbos também são inclusos em alguns *kits*. A distribuição desses materiais ocorre das mais variadas maneiras: em espaços de cuidado com a saúde, nas cenas de uso por ARD ou em grupos de ajuda mútua e aconselhamento, sendo relatada nas experiências do Brasil^{4,21,42} e Tanzânia³².

Terapias de Substituição

As Terapias de Substituição possuem uma longa trajetória como estratégia de RD. Inicialmente, a técnica se restringia à prescrição controlada de heroína e morfina, ocorrendo principalmente no continente europeu^{20,24}. Com os avanços farmacológicos, novas substâncias começaram a fazer parte do rol de drogas de substituição, como é o caso da metadona e do composto buprenorfina-naloxona, utilizadas no tratamento para a dependência de opiáceos, estratégia adota-

da em diversos países tais como EUA⁴⁵, Nepal¹⁶, Índia⁴⁶, Tailândia¹⁸, Indonésia³¹, Irã^{47,48}, Brasil⁸, China³⁸ e Malásia⁴⁹.

Um dos empecilhos apontados na utilização da Terapia de Substituição da heroína por metadona é o seu alto custo⁸. Além disso, os usuários do serviço apontam que o tratamento é demorado e, muitas vezes, as doses padronizadas oferecidas são insuficientes. Esses aspectos dificultam a adesão ao tratamento^{46,49}. Em uma experiência iraniana de RD, o alto custo da metadona foi contornado pela prescrição da naloxona, que também minimiza os riscos de overdose por opiáceos⁴⁸. A disponibilização de medicamentos e as orientações para seu uso têm sido uma forma de prevenir o risco de intoxicações agudas. Nesse sentido, permanece uma alternativa a ser considerada para cessar o consumo, obter estabilidade no uso ou prevenir as doenças relacionadas⁴⁶.

Novas opções vêm surgindo com o intuito de reduzir os danos causados pelas formas de administração das drogas. Na República Tcheca⁵⁰, cápsulas de gelatina contendo a quantidade desejada de metanfetamina são dispensadas para consumo via oral. Em experiências chinesas ofereceu-se heroína fumada como possibilidade para a diminuição do consumo ou para usuários com veias danificadas, reduzindo também o risco de overdose⁵¹.

Acesso aos Serviços de Saúde e Assistência Social

Algumas experiências envolveram a implantação de programas multidisciplinares e interseoriais visando o acesso a cuidados de saúde e a serviços de assistência social, considerando a relevância da atenção integral em face de situações de vulnerabilidade. Além das informações sobre drogas e o fornecimento de cachimbos, seringas, potes de diluição e outros materiais para o consumo de drogas, os cuidados básicos também são foco dessas intervenções. Nesse sentido essas propostas oferecem alimentação, higiene e/ou repouso.

Aspectos sociais também são trabalhados através de oficinas de capacitação, rodas de conversa e escuta terapêutica. Ressalta-se também o acesso aos cuidados biomédicos por meio de serviços ambulatoriais e hospitalares. Essas ações inserem o sujeito em uma rede de cuidados, buscando abarcar também lazer, cultura e educação. Este tipo de estratégia pauta as experiências brasileiras^{9,21,22,34,37,44}, porém países como Tanzânia³², Canadá¹⁴ e EUA³⁹ também utilizam tais recursos.

Locais de atuação e população-alvo

O mapeamento do território é uma importante etapa dos programas de RD, que comumente é feita pelos ARDs. Por meio do mapeamento, realizado em experiências da China¹², Brasil^{4,22,34,37} e continente asiático²⁸, é possível delimitar a população-alvo e as cenas de uso, assim como as substâncias cujo consumo é mais frequente. Esse processo permite o desenvolvimento de atividades consistentes com a realidade local e condizentes com a demanda dos assistidos, delimitando as melhores estratégias e locais para a atuação dos ARDs^{12,28}.

A maioria das estratégias teve como população-alvo pessoas em situação de vulnerabilidade social e que sofrem com a estigmatização socioespacial³⁹. As pessoas em situação de rua, os profissionais do sexo, os homens que fazem sexo com outros homens e os moradores de áreas com infraestrutura urbana precária são a população mais frequentemente assistida. Os cônjuges e os parceiros sexuais dos usuários são também incluídos nos programas de RD, bem como crianças e adolescentes em situação de exploração sexual^{4,9,15,29,39}.

Os locais de atuação variam de acordo com o serviço prestado e o público que se deseja atingir. As farmácias, como pontos de troca de agulhas e seringas e oferta de materiais esterilizados, foram utilizadas por programas da Tailândia¹⁸ e Espanha²⁵.

Programas situados em instituições fechadas, como é o caso das prisões, requerem a atuação de ARDs. Nesse caso, o agente realiza atividades de cunho informativo para o detento e funcionários do estabelecimento, oferecendo também terapias de substituição. Nos presídios do Irã⁴⁰ e da Malásia⁴⁹ recorreu-se às terapias de substituição. Há extensa variação e amplitude das atividades propostas, variando de acordo com as características e necessidades locais. A parceria com ONGs é relatada em experiências brasileiras^{9,21,22,34}, havendo também propostas de atividades de RD em instituições fechadas dos EUA¹⁴, Tailândia¹⁸, Suíça²⁴, Índia²⁹, Indonésia³¹ e Espanha²⁶.

No caso das intervenções voltadas para cenas de uso e áreas com precária infraestrutura urbana é central a construção do vínculo do ARD com o usuário. O serviço pode ser oferecido em unidades volantes e por meio de visitas aos domicílios e locais de uso. No Irã¹⁵, Espanha²⁵, EUA³⁹, Brasil^{4,9,22,37} e Canadá³⁰ recorreu-se a espaços públicos comunitários para a oferta de ações de RD. Nessa estratégia, a aproximação do ARD com a realidade do uso é mais estreita, porém, é preciso

considerar os riscos da proximidade com o tráfico em seu planejamento e desenvolvimento⁶.

No que tange aos serviços de prevenção, recorre-se a espaços formais ou informais de educação. Neles, é possível fazer intervenções de cunho educativo e preventivo, e atividades visando à oferta de informações apropriadas sobre os programas de RD, além de criar oportunidades de formação para os profissionais da saúde e educação. A preocupação com a capacitação dos profissionais é descrita em um relato da Indonésia³¹ e em experiências brasileiras^{22,52}.

Considerações Finais

As estratégias de RD analisadas colaboraram para a melhoria das condições de vida e saúde e a sobrevivência, visando manter os dependentes de drogas inseridos na rede de atenção à saúde e de assistência social, evitando a marginalização. Buscam propiciar oportunidades de inclusão social e oferecer condições para que o sujeito possa repensar sua relação com as drogas. Tais medidas destacam a multiplicidade de caminhos possíveis para alterar a relação problemática que as pessoas podem ter com as drogas.

A RD ressalta a necessidade de reconhecer, em seu público-alvo, a singularidade da relação que as pessoas têm com suas drogas de preferência. Ao considerá-las a partir desta perspectiva, torna-se possível traçar estratégias juntamente do dependente de drogas que visem promover a saúde, assegurando-lhe respeito à sua dignidade. A oferta de tratamento, então, ocorre como uma perspectiva de ganhos em termos de liberdade e autonomia, enfatizando a corresponsabilização do sujeito pelo seu próprio tratamento²¹.

Por maior que seja o rigor metodológico, a metassíntese encontra-se sujeita aos vieses dos pesquisadores em virtude de se tratar de síntese e interpretação de resultados. No entanto, entende-se ter sido possível verificar que a RD vem se consolidando como estratégia de saúde no cenário internacional, sendo ainda tímidas as iniciativas de governo em âmbito nacional. Apesar das especificidades devido às distintas realidades socioeconômicas e culturais, os princípios éticos subjacentes às experiências de RD analisadas apontam para a garantia dos direitos humanos e a inclusão social dos usuários de drogas, ao passo que programas e estratégias logram resultados sanitários dignos da atenção dos *policy makers*.

Apesar dos bons resultados, muitas barreiras ainda são encontradas em sua implantação. Esses

impedimentos estão atrelados às opções políticas e aos valores morais tanto dos gestores quanto dos próprios técnicos e profissionais responsáveis por ações de cuidado. Várias experiências analisadas registram tais dificuldades e manifestam a carência de apoio comunitário e político na implantação das propostas de RD. Outro fator é a própria capacitação dos profissionais da área, que é avaliada como insuficiente, assim como o número de publicações referentes ao tema.

Não obstante, além do caráter assistencial *stricto sensu* das estratégias de RD de baixa abrangência, nota-se nos relatos revisados que os programas de RD que receberam financiamento público e têm alta abrangência conquistaram institucionalização legal. Sem desconsiderar a importância da dimensão sociocultural na mudan-

ça das práticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a institucionalização das ações de RD é fundamental para assegurar a pluralização da oferta terapêutica a essas pessoas nos marcos da atenção integral^{3,8}.

Vários trabalhos pontuam as dificuldades de mensuração dos resultados, abrangência e eficácia das estratégias de RD, apontando a necessidade de avaliações que supram essa lacuna^{18,22,28}. O presente estudo não incluiu uma caracterização mais apurada das políticas e programas que presidiram a proposição das estratégias adotadas, o que seria fundamental em estudos avaliativos. Um acompanhamento mais detalhado da implantação desses serviços e pesquisas avaliativas que investiguem o impacto sanitário das estratégias e técnicas utilizadas são perspectivas que devem ser consideradas em estudos futuros.

Colaboradores

TB Gomes trabalhou na pesquisa e na redação e M Dalla Vecchia na concepção, na metodologia e na redação final.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) pela bolsa de Iniciação Científica.

Referências

1. Carneiro H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. *Rev. Out. IES*. 2002; 6:115-128. [acessado 2016 Fev 02]. Disponível em: http://www.neip.info/downloads/t_hen2.pdf
2. Maciel MED, Vargas D. Redução de danos: uma alternativa ao fracasso no combate às drogas. *Cogitare Enferm* 2015. [acessado 2016 Fev 23]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i3.18903>
3. Queiroz IS. *Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas*. Brasília: Psicologia: Ciência e Profissão; 2001.
4. SM, Spiass, AL, Alves DC, Guedes DJ, Leigo RO. Redução de Danos: estratégia de cuidado com populações vulneráveis na cidade de Santo André – SP. *Saúde Soc* 2009; 18. [acessado 2015 Ago 31]. Disponível em: <http://ref.scielo.org/jzq6wq>
5. Fonsêca CJB. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. *Psicologia & Saberes* 2012; 1(1):11-36. [acessado 2016 Fev 10]. Disponível em: <http://goo.gl/9Krylt>
6. Coelho HV, Soares CB. Práticas na Atenção Básica voltadas para o consumo prejudicial de drogas. *USP: Rev Esc Enferm*. 2014; 48(Esp):111-119. [acessado 2016 Jan 21]. Disponível em: <http://goo.gl/cUwOZf>
7. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas Rio de Janeiro: *Cad Saude Publica* 2009; 25(11):2309-2319. [acessado 2016 Jan 21]. Disponível em: <http://ref.scielo.org/tnvpph>
8. Santos VE, Soares CB, Campos CMS. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis* 2010; 20(3):995-1015. [acessado 2016 Fev 14]. Disponível em: <http://goo.gl/22Lukr>
9. Nardi HC, Rigoni RQ. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(2):382-392. [acessado 2016 jan 19]. Disponível em: <http://ref.scielo.org/2ff588>
10. Matheus MCC. Metassíntese Qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. *Acta Paul Enferm* 2009. [acessado 2016 Fev 23]. Disponível em: <http://goo.gl/hqDe4u>
11. Souza CF, Branco MZPC. Metassíntese: uma revisão da literatura – Contributos para o conhecimento e para os cuidados de enfermagem. *Enferm. Foco* 2013; 4(2):97-101. [acessado 2016 Fev 23]. Disponível em: <http://goo.gl/iYUVjl>
12. 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. *Cad Saude Publica* 2006; 22(4):871-879. [acessado 2015 Set 22]. Disponível em: <http://ref.scielo.org/gyjtxm>
13. Chheng K, Leang S, Thomson N, Moore T, Crofts N. Harm reduction in Cambodia: a disconnect between policy and practice. *Harm Reduct J* 2012; 9:30. [acessado 2015 Out 4]. Disponível em: <http://www.harmreductionjournal.com/content/9/1/30>
14. Druker E. Insite: Canada's landmark safe injecting program at risk. *Harm Reduct J* 2006. [acessado 2015 Out 2]. Disponível em: <http://www.harmreductionjournal.com/content/3/1/24>
15. Karamouzian M, Haghdoost AA, Sharifi H. Addressing the needs of sexual partners of people who inject drugs through peer prevention programs in Iran. *Int J Health Policy* 2014; 2(2). [acessado 2015 Set 19]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3952541/>
16. Ambekar A, Rao R, Pun P, Kumar S, Kishore K. The trajectory of methadone maintenance treatment in Nepal. *Int J Drug Policy* 2013; 24:e57-e60. [acessado 2015 Set 22]. Disponível em: [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(13\)00094-7/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(13)00094-7/abstract)
17. Fonseca EM, Ribeiro JM, Bertoni N, Bastos FI. Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs [Internet]. *Cad Saude Publica* 2006; 22(4):761-770. [acessado 2015 Set 19]. Disponível em: <http://ref.scielo.org/t4kkxt>
18. Kerr, T, Hayashi, K, Fairbairn, N, Kaplan, K, Suwanawong, P, Zhang, R, Wood, E. Expanding the reach of harm reduction in Thailand: Experiences with a drug user-run drop-in centre. *Int J Drug Policy* 2010; 21(3):255-258. [acessado 2015 Out 17]. Disponível em: [http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0955-3959\(09\)00114-5](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0955-3959(09)00114-5)
19. Petersen Z, Myers B, Hount MC, Pluddemann A, Parry C. Availability of HIV prevention and treatment services for people who inject drugs: findings from 21 countries. *Harm Reduct J* 2013; 10(13). [acessado 2015 Set 22]. Disponível em: <http://www.harmreductionjournal.com/content/10/1/13>
20. Waal H, Clausen T, Gjersing L, Gossop M. Open drug scenes: responses of five European cities. *Public Health* 2014; 14:853. [acessado 2015 Set 9]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/853>
21. Delbon F, Ros VD, Ferreira EMA. Avaliação da Disponibilização de Kits de Redução de Danos. *Saude Soc* 2006; 15(1):27-48. [acessado 2016 Jan 10]. Disponível em: <http://ref.scielo.org/hy7sry>
22. Medeiros PFP, Bezerra LCA, Santos NTV, Melo EO. Um estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2010; 10(Supl. 1):209-217. [acessado 2015 Set 02]. Disponível em: <http://ref.scielo.org/yv5bh>
23. Johnson EM, Porucznik CA, Anderson JW, Rolfs RT. State-Level Strategies for Reducing Prescription Drug Overdose Deaths: Utah's Prescription Safety Program. *Pain Med* 2011; 12(Supl. 2):66-72. [acessado 2016 Jan 12]. Disponível em: http://goo.gl/b3wdUrme_1126
24. Khan R, Khazaaal Y, Thorens G, Zullino D, Uchtenhagen A. Understanding Swiss Drug Policy Change and the Introduction of Heroin Maintenance Treatment. *Eur Addict Res* 2014; 20(4):200-207. [acessado 2015 Out 04]. Disponível em: <http://www.karger.com/Article/FullText/357234>
25. Bravo MJ, Royuela L, Barrio G, Fuente L, Suarez M, Brugal MT. More free syringes, fewer drug injectors in the case of Spain. *Soc Sci Med* 2007; 65:1773-1778. [acessado 2015 Out 17]. Disponível em: [http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277-9536\(07\)00266-3](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277-9536(07)00266-3)

26. Torrens M, Fonseca F, Castillo C, Salvany AD. Methadone maintenance treatment in Spain: the success of a harm reduction approach. *Bulletin of the World Health Organization* 2013; 91(2):136-141. [acessado 2015 Set 25]. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/2/12-111054/en/>
27. Robertson AM, Garfein RS, Wagner KD, Mehta SR, Rodriguez CM, Mota JC, Zuniga PGM, Strathdee SA. Evaluating the impact of Mexico's drug policy reforms on people who inject drugs in Tijuana, B.C., Mexico, and San Diego, CA, United States: a binational mixed methods research agenda. *Harm Reduct J* 2014; 11(1):4. [acessado 2015 Set 9]. Disponível em: [10.1186/1477-7517-11-4](http://dx.doi.org/10.1186/1477-7517-11-4).
28. Sharma M, Chatterjee A. Partnering with law enforcement to deliver good public health: the experience of the HIV/AIDS Asia regional program. *Harm Reduct J* 2012; 9(24). [acessado 2015 Set 29]. Disponível em: <http://www.harmreductionjournal.com/content/9/1/24>
29. Lalmuanpuui M, Biangtung L, Mishra RK, Reeve MJ, Tzudier S, Singh AL, Sinate R, Sgaier SK. Scale-up of a comprehensive harm reduction programme for people injecting opioids: lessons from north-eastern India. *Bull World Health Organ* 2013; 91:306-312. [acessado 2015 Set 25]. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/4/12-108274/en/>
30. Small W, Rhodes T, Wood E, Kerr T. Public injection settings in Vancouver: Physical environment social context and risk. Vancouver: *Int J Drug Policy* 2007; 17. [acessado 2015 Out 18]. Disponível em: <http://10.1016/j.drugpo.2006.11.019>
31. Mesquita F, Winarso I, Atmosukarto II, Eka B, Neven-dorff L, Rahmah A, Handoyo P, Anastasia P, Angela R. Public health the leading force of the Indonesian response to the HIV/AIDS crisis among people who inject drugs [Internet]. *Harm Reduct J* 2007; 4(9). [acessado 2015 Out 02]. Disponível em: <http://www.harmreductionjournal.com/content/4/1/9>
32. Ratliff EA, McCurdy SA, Mbwambo JKK, Lambdin BH, Voets A, Pont S, Maruyama H, Kilonzo GP. An Overview of HIV Prevention Interventions for People Who Inject Drugs in Tanzania. *Advances in Preventive Medicine* 2013; 2013:183-187. [acessado 2015 Set 29]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/183187>
33. Sarang A, Rhodes T, Platt L. Access to syringes in three Russian cities: Implications for syringe distribution and coverage. *Int J Drug Policy* 2008; 19(Supl. 1):25-36. [acessado 2015 Out 18]. Disponível em: [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(07\)00244-7/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(07)00244-7/abstract)
34. Dias AI, Ribeiro JM, Bastos FI, Page K. Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano. *Cien Saude Colet* 2014; 19(1):147-57. [acessado 2015 Set 2]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232014000100147&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
35. Newland J, Treloar C. Peer education for people who inject drugs in New South Wales: Advantages, unanticipated benefits and challenges. *Drugs: education, prevention and policy* 2013; 20(4):304-311. [acessado 2015 Dez 28]. Disponível em: https://www.researchgate.net/journal/1465-3370_Drugs_Education_Prevention_Policy
36. Edwards JM, Seroussi AS, Flewelling RL, Orwin RG, Zhang L. Sustainability of State-Level Substance Abuse Prevention Infrastructure After the Completion of the SPF SIG. *J Primary Prevent* 2015; 36(3):177-186. [acessado 2015 Out 16]. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10935-015-0382-7>
37. Silvia FP, Frazão IS, Linhares FMP. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cad Saude Publica* 2014; 30(4):805-814. [acessado 2016 Jan 16]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00100513>
38. Sullivan SG, Wu Z. Rapid scale up of harm reduction in China. *Int J Drug Policy* 2007; 18(2):118-128. [acessado 2015 Out 18]. Disponível em: <http://doi:10.1016/j.drugpo.2006.11.014>
39. McLean K. Needle Exchange and the Geography of Survival in the South Bronx. *Int J Drug Policy* 2012; 23(4):295-302. [acessado 2015 Set 25]. Disponível em: [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(12\)00011-4/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(12)00011-4/abstract)
40. Asl RH, Eshrati B, Dell CA, Taylor K, Afshar P, Kamali M, Mirzazadeh A. Outcome assessment of a triangular clinic as a harm reduction intervention in Rajae-Shah Prison, Iran. *Harm Reduct J* 2013; 10(41). [acessado 2015 Set 22]. Disponível em: www.harmreductionjournal.com/content/10/1/41
41. Thom B, MacGregor S, Godfrey C, Herring R. The Alcohol Improvement Programme: Evaluation of an Initiative to Address Alcohol-Related Health Harm in England. *Alcohol Alcohol* 2013; 48(5):585-591. [acessado 2015 Out 3]. Disponível em: <http://alcal.oxfordjournals.org/content/48/5/585.long>
42. Souza J, Kantorski LP, Gonçalves SE, Mielke FB, Guadalupe DB. Centro de atenção psicossocial álcool e drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. *Rev Enferm UERJ* 2007; 15(2):210-217. [acessado 2015 Dez 21]. Disponível em: <http://goo.gl/C9Lo4t>
43. Maciel MED, Pillon SC. Grupo de ajuda a alcoolistas: a educação em saúde na estratégia saúde da família. *Cogitare Enferm* 2010; 15(3):552-555. [acessado 2015 dez 21]. Disponível em: <http://goo.gl/Ef6rXZ>
44. Zalaf MRR, Fonseca RMGS. Na boca do CRUSP: programa de prevenção e acolhimento em caso de uso problemático de álcool e drogas. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2007; 11(4):650-654. [acessado 2015 Set 2]. Disponível em: <http://ref.scielo.org/gg6jxj>
45. Al-Tayyib AA, Koester S. Injection drug users experience with and attitudes toward methadone clinics in Denver, CO. *J Subst Abuse Treat* 2011; 41(1):30-36. [acessado 2015 Out 16]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2011.01.009>
46. Armstrong G, Kermodé M, Sharma C, Langkham B, Crofts N. Opioid substitution therapy in manipur and nagaland, north-east India: operational research in action. *Harm Reduct J* 2010; 7(29). [acessado 2015 Set 28]. Disponível em: <http://www.harmreductionjournal.com/content/7/1/29>
47. Noori R, Narenjiha H, Aghabakhshi H, Habibi G, Mansoori BK. Methadone Maintenance Therapy Outcomes in Iran. *Subst Use Misuse* 2012; 47(7):767-773. [acessado 2015 Dez 23]. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10826084.2010.517726?journalCode=ium20#.VtjD3pwrLIU>

48. Karamouzian M, Haghdoost AA, Sharifi H. Addressing the needs of sexual partners of people who inject drugs through peer prevention programs in Iran. *Int J Health Policy Manag* 2014; 2(2):81-83.
49. Wickersham JA, Marcus R, Kamarulzaman A, Zahari MM, Altice FL. Implementing methadone maintenance treatment in prisons in Malaysia. *Bull World Health Organ* 2013; 91(2):124-129. [acessado 2015 Set 29]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC23554524/>
50. Mravcik V, Skarupova K, Orlikova B, Zabransky T, Karachaliou K, Schulte B. Use of gelatine capsules for application of methamphetamine: A new harm reduction approach. *Int J Drug Policy* 2011; 22(2):172-173. [acessado 2015 Out 16]. Disponível em: [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(10\)00169-6/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(10)00169-6/abstract)
51. Stöver HJ, Schäffer D. Smoke it! Promoting a change of opiate consumption pattern - from injecting to inhaling. *Harm Reduct J* 2014; 11(18). [acessado 2015 Set 9]. Disponível em: <http://www.harmreductionjournal.com/content/11/1/18>
52. Souza KM, Monteiro S. Harm reduction approach in non-formal educational situations: a qualitative study in the state of Rio de Janeiro. *Interface (Botucatu)* 2011; 15(38):833-844. [acessado 2015 Set 05]. Disponível em: <http://ref.scielo.org/jybrd9>

Artigo apresentado em 15/04/2016

Aprovado em 05/09/2016

Versão final apresentada em 07/09/2016