

# Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos

Drug Policies In Brazil:  
The Harm Reduction Strategy

Políticas Sobre Drogas En Brasil:  
La Estrategia De Reducción De Daños

**Letícia Vier Machado**  
**Maria Lúcia Boarini**

Universidade Estadual de  
Maringá

Artigo



**Resumo:** O presente artigo aborda a temática das políticas brasileiras referentes às drogas, com o objetivo de resgatar o histórico da estratégia de redução de danos (RD) no Brasil. A partir de pesquisa bibliográfica em sítios de domínio público e em bases de dados disponíveis na internet, rastreamos o surgimento da estratégia de redução de danos no País, cujo marco foi a epidemia da AIDS da década de 80 e as políticas que a antecederam. Os dados coletados suscitam reflexões sobre os desafios contemporâneos enfrentados pelo emprego da estratégia de RD no campo do uso e do abuso de drogas lícitas e ilícitas, como álcool e crack, o preconceito vigente em relação ao usuário de drogas e a exigência de intervenções intersectoriais no enfrentamento do fenômeno do consumo de drogas. Além disso, mantém-se até os dias atuais o descompasso histórico entre as políticas sobre drogas oriundas do campo da segurança e aquelas providas da saúde pública, com predominância daquelas de cunho proibicionista. Enquanto isso, a produção de drogas lícitas e ilícitas se diversifica, gerando a necessidade de tornar variadas as ações de redução de danos.

**Palavras-chave:** Prevenção do abuso da droga. Reabilitação da droga. Formulação de políticas. Legislação em saúde mental.

**Abstract:** This article brings the subject of Brazilian's policies about drugs, aiming to rescue the history of the harm reduction strategy – HR – in Brazil. With bibliographic research using public domain websites and data bases available on the internet, we traced the origin of the harm reduction strategy in the country, which began with the AIDS epidemic in the 80's, and the policies that were implemented before the HR strategy. The collected data evokes reflections about the contemporary challenges that the application of HR strategy faces in the use and abuse of drugs, such as alcohol and crack, the predominant prejudice related to drugs' users and the exigency of intersectorial interventions for the consumption of drugs confrontation. Moreover, the conflict between the drug policies of the security and health fields continues until nowadays, with predominance of the prohibitionist model. Meanwhile, the production of licit and illicit drugs diversifies, what shows the necessity of different harm reduction strategies.

**Keywords:** Drug abuse prevention. Drug rehabilitation. Formulation of policies. Mental health legislation.

**Resumen:** El presente artículo aborda la temática de las políticas brasileiras referentes a las drogas, con el objetivo de rescatar el historial de la estrategia de reducción de daños (RD) en Brasil. A partir de una investigación bibliográfica en sitios de dominio público y en bases de datos disponibles en Internet, rastreamos el surgimiento de la estrategia de reducción de daños en el País, cuyos marcos fueron la epidemia de SIDA de la década de 80 y las políticas que la antecederon. Los datos recolectados suscitan reflexiones sobre los desafíos contemporáneos enfrentados por el empleo de la estrategia de RD en el campo del uso y del abuso de drogas lícitas e ilícitas, como alcohol y crack, el prejuicio vigente en relación al usuario de drogas y la exigencia de intervenciones intersectoriales en el enfrentamiento del fenómeno del consumo de drogas. Además, se mantiene hasta los días de hoy el descompaso histórico entre las políticas sobre drogas oriundas del campo de la seguridad y aquellas provenientes de la salud pública, con predominancia de aquellas de cunho proibicionista. Mientras tanto, la producción de drogas lícitas e ilícitas se diversifica, generando la necesidad de tornar variadas las acciones de reducción de daños.

**Palabras claves:** Prevención del abuso de drogas. Rehabilitación de la droga. Formulación de políticas. Legislación en salud mental.

O uso e o abuso de drogas lícitas e ilícitas não é um fenômeno da modernidade. Há milhares de anos, o homem faz uso de substâncias psicoativas por várias razões, como motivos religiosos ou culturais, para facilitar a socialização e mesmo para se isolar. Estudos arqueológicos indicam que o consumo do álcool data de 6.000 a.C. (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas [OBID], 2011). Por uma ou outra razão, o que a história da humanidade parece indicar é que as drogas, em geral, sempre estiveram presentes na sociedade humana, e, considerando-se essa história, certamente

continuarão acompanhando o caminhar da humanidade. Além disso, se muitas são as razões para o uso de drogas, também foram várias as formas que a sociedade adotou para avaliar esse consumo.

Assim, houve um período em que a droga era compreendida como um remédio, uma vez que tinha a capacidade de eliminar a dor e de afastar os problemas. A Revolução Industrial levou a um crescente processo de urbanização, e, nesse contexto, surgiram múltiplas tecnologias, entre elas a do aprimoramento do processo de destilação do álcool e,

como consequência, a problematização do uso e do abuso de drogas. Com isso, as drogas passaram da esfera religiosa à esfera biomédica e da Justiça (OBID, 2011).

No início do século XIX, vários países adotaram, no que tange às drogas ilícitas, medidas referentes ao campo da segurança e da Justiça. Tais medidas tinham como modelo de intervenção a repressão, o proibicionismo e a estratégia de *guerra às drogas*. Essa estratégia prioriza a redução da oferta de drogas e relega a segundo plano a prevenção ao uso, tendo como principais pilares o modelo moral e criminal, que preconiza o enfrentamento das drogas pelo encarceramento dos usuários, e o modelo de doença, segundo o qual a dependência de drogas é tratada como uma patologia de origem biológica (Alves, 2009). São características das políticas proibicionistas e definidas como medidas de *alta exigência* ações baseadas no medo à repressão, na persuasão moral e na intolerância ao uso de drogas, que impõem a abstinência como pré-condição para o ingresso em um programa de tratamento. A denominação *guerra às drogas* desvela o objetivo maior dessas políticas, que é criar uma sociedade livre das drogas. Dessa forma, as táticas de repressão e as sanções desenvolvidas pelos Estados Unidos, incluindo aparato eletrônico de vigilância, testes de drogas, novas leis e prisões compulsórias relacionadas às drogas, foram adotadas em muitos países, e o aparato policial e os espaços em prisões destinados a esse fim aumentaram dramaticamente, inclusive no Brasil (Cruz, Sáad, & Ferreira, 2003, p. 358). Não obstante, os resultados dessa estratégia passaram a ser questionados, visto que o consumo de drogas continuava crescendo em nível mundial e não era oferecido atendimento à saúde das pessoas que não desejavam ou não conseguiam parar de usar drogas. Pelo contrário, essas pessoas eram estigmatizadas e as políticas de tratamento nessa perspectiva eram negligenciadas.

A partir da década de 80, passaram a ser articulados movimentos sociais dos usuários de drogas, como, por exemplo, o *Junkiebond*, na Holanda (Alves, 2009), que demandava melhores condições de vida e de saúde. Somada a esses movimentos a epidemia da AIDS ao redor do mundo, ganha espaço a estratégia de saúde denominada *redução de danos*. São essas as questões que nos estimularam a realizar uma revisão da literatura especializada no assunto e da legislação existente, com o objetivo de recuperar o histórico da estratégia de redução de danos e o seu surgimento e ingresso no Brasil, como ação de saúde pública no campo das drogas lícitas e ilícitas.

## Método

Partindo do princípio de que a pesquisa bibliográfica é uma *caixa de ferramentas* para as ciências humanas, como afirmam Booth, Colomb e Williams (2005, p. 94), buscamos como fontes primárias a legislação federal brasileira e outros documentos oficiais e publicações do Ministério da Saúde que versam sobre o uso e o abuso de drogas ilícitas e sobre a redução de danos, compreendidos principalmente no período de 1970 a 2011. As fontes secundárias utilizadas foram livros e artigos publicados em periódicos científicos nacionais e internacionais disponíveis na internet<sup>1</sup>. Para a seleção das publicações consideradas neste estudo, utilizamos como critério o descritor *redução de danos*, priorizando artigos que versassem sobre o histórico da estratégia.

Após a leitura e a análise da literatura consultada, elaboramos um banco de dados, estabelecendo uma linha cronológica da criação das políticas públicas sobre drogas no Brasil até o presente momento, e nesse sentido, destacamos as principais informações que permitiram levantar as discussões que apresentamos na sequência.

1 *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Scielo Saúde Pública, Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações.

## Breve histórico das políticas sobre drogas no Brasil

No Brasil, a história do percurso da criação de políticas públicas direcionadas aos usuários de drogas, à repressão ao tráfico e à prevenção de maneira geral é relativamente recente. Até a década de 20, não havia qualquer regulamentação oficial sobre as drogas ilícitas no País. Esse período, marcado pelo desenvolvimento da industrialização, constituiu-se como o marco inicial no Brasil do controle sobre drogas, e resultou na publicação de uma lei restritiva ao consumo dessas drogas, com punições àqueles usuários “que não seguissem as recomendações médicas” (*As Transformações das Políticas Públicas Brasileiras*, 2009, p. 11). Na época, as drogas combatidas eram, principalmente, o ópio e a cocaína. Essa primeira medida registrada e as que se sucederam eram provenientes do campo da Justiça e da segurança pública, e demandavam, para os usuários de drogas ilícitas, internação e isolamento social (Machado & Miranda, 2007). Na década seguinte, mais precisamente em 1938, foi publicada uma regulamentação sobre drogas que reconhecia a necessidade de fiscalizar o uso de entorpecentes. Essa regulamentação foi estabelecida no Decreto-Lei n.º 891, que reafirmava a condenação do ópio e da cocaína e incluía nessa classe drogas como a maconha e a heroína. Quanto ao uso, o mesmo documento classificou a toxicomania como “doença de notificação compulsória”, que não podia ser tratada em domicílio. Nesses casos, ou até mesmo nos de intoxicação por bebidas alcoólicas, a internação em hospital psiquiátrico era tida como obrigatória quando determinada pelo juiz, ou facultativa, como indica o artigo 29, parágrafo 1º, do Decreto (Brasil, 1938):

Os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou

facultativa por tempo determinado ou não. (...) A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial

A alta médica, por outro lado, era autorizada quando o médico responsável afirmasse a cura do toxicômano, comprovada por meio de testes e de exames (Brasil, 1938). Para Garcia, Leal e Abreu (2008), esse Decreto-lei, incorporado ao Código Penal de 1941, correspondia às aspirações do governo Getúlio Vargas para conter comportamentos desviantes, tendo como foco o trabalhador. Entrava em cena o ideal da abstinência como fator de segurança pública, ratificado posteriormente, na década de 70, com a publicação da Lei n.º 6.368/1976.

Essa lei manteve-se em vigor nas três décadas seguintes, estimulando ações referentes à prevenção e à repressão ao tráfico e ao uso indevido de substâncias entorpecentes causadoras de dependência física ou psíquica (Brasil, 1976). Vale destacar que essa mesma lei, embora tenha retirado o caráter compulsório dos tratamentos hospitalares, intensificou a medicalização dos usuários de drogas, legitimando termos como *dependente de drogas* em vez de *viciado* (Machado & Miranda, 2007, p. 805). Essas primeiras décadas do século XX evidenciam que a problemática das drogas no Brasil esteve, em grande parte de sua história, mais conectada às questões de segurança do que às de saúde pública, tendo como enfoque a repressão em detrimento da prevenção (Garcia, Leal & Abreu, 2008).

Até a década de 80, o consumo de drogas ilícitas não era considerado um problema

Assim, o conceito de *grupos de risco* entrou em crise. Não havia mais como delimitar efetivamente os grupos de risco para o contágio do vírus HIV, fato a que se somou o nascimento de movimentos sociais advindos das populações mais estigmatizadas, como o movimento gay (Ayres, Júnior, Calazans, & Filho, 2003).

da saúde pública ou de responsabilidade governamental, tampouco o consumo de álcool, considerado droga lícita; porém, é importante lembrar que o uso abusivo do álcool era responsável por um dos mais altos índices de internação nos hospitais psiquiátricos (Resende, 1987). O uso abusivo do álcool, portanto, constituiu uma das grandes preocupações dos médicos da época, especialmente da Liga Brasileira de Higiene Mental, que propôs ao Poder Legislativo medidas para a contenção desse fenômeno, mas as medidas propostas não encontraram eco nessa esfera de governo.

Destarte, até a década de 80, as ações de redução da oferta diminuíram ou até mesmo anularam os investimentos em saúde pública e em prevenção, tratamento e reinserção social, concentrando nos âmbitos da Justiça e da segurança pública grande parte dos recursos públicos destinados à problemática das drogas (Cruz, Sáad, & Ferreira, 2003).

Essa lacuna na saúde pública em relação à assistência aos usuários de drogas favoreceu a expansão das comunidades terapêuticas, modalidade de atendimento de cunho religioso e não governamental que se estende até os dias atuais e que novamente reforçou a manutenção do cuidado com o usuário de drogas fora do setor público de saúde (Alves, 2009; Machado & Miranda, 2007). Foi a partir da segunda metade da década de 80 que, no Brasil, rompeu-se o hiato criado entre a segurança e a saúde pública no que se refere ao uso e ao abuso de drogas. A partir da constatação da falência da estratégia de *guerra às drogas*, ante o aumento da variedade e do uso e a precocidade do consumo de drogas, o Estado brasileiro, apoiado pelos movimentos sociais em prol dos direitos humanos, criou políticas públicas direcionadas às pessoas que usam drogas, principalmente aquelas ilícitas.

Em síntese, é possível afirmar que a legislação nacional sobre drogas ilícitas e a Política

Nacional de Saúde, colocando as drogas como problema de saúde pública, começaram a entrecruzar-se a partir do início da década de 90, precipitadas por alguns fatores desencadeantes, tal como o fenômeno da AIDS, que discutiremos a seguir.

## AIDS e redução de danos

A década de 80 foi marcada também pelo advento da epidemia da AIDS – síndrome da imunodeficiência adquirida – ao redor do mundo, que repercutiu em modificações e avanços no âmbito da saúde pública no Brasil, já que o registro de casos de AIDS crescia exponencialmente a cada ano. Em 1989, o Brasil registrou 6.295 casos de AIDS; em 1997, já eram 22.593 os casos registrados (História da AIDS, 2011). Em um primeiro momento, acreditava-se que os então denominados *grupos de risco* eram os proliferadores da epidemia, entre eles os homossexuais, os hemofílicos, os haitianos e os viciados em heroína – denominados quatro Hs –, e a principal intervenção realizada seria o seu isolamento do convívio social, porém a expansão da AIDS nos anos subsequentes para além dos quatro Hs exigiu a formulação de uma perspectiva mais ampla sobre o fenômeno e de intervenções mais eficazes.

Assim, o conceito de *grupos de risco* entrou em crise. Não havia mais como delimitar efetivamente os grupos de risco para o contágio do vírus HIV, fato a que se somou o nascimento de movimentos sociais advindos das populações mais estigmatizadas, como o movimento gay (Ayres, Júnior, Calazans, & Filho, 2003). Em resposta, a classificação de *grupos de risco* é realocada no conceito de *comportamentos de risco*, aliviando parte do estigma e a culpabilização do grupo e generalizando os cuidados e a prevenção para toda a população que assumisse um *comportamento de risco* de contágio pelo vírus (Ayres et al., 2003).

Entre as estratégias de prevenção, estavam aquelas de redução de risco, como a “difusão de informação, controle dos bancos de sangue, estímulo e adestramento para o uso de *condom* e outras práticas de ‘sexo mais seguro’, testagem e aconselhamento” (Ayles et al., 2003, p. 120), e as estratégias de redução de danos voltadas para os usuários de drogas injetáveis – UDIs. Estes, pelo compartilhamento e pela reutilização de seringas e agulhas, assumiam comportamentos de risco de contágio e de difusão do HIV e de hepatites. Somada a esse quadro, a situação crescente da epidemia no Brasil entre os usuários de drogas injetáveis denunciava a incipiência dos serviços de saúde mental destinados à questão das drogas, à ineficácia dos tratamentos e à falta de clareza sobre a magnitude do problema (Mesquita, 1991). Para Canoletti e Soares (2005), os programas de prevenção ao uso de drogas no Brasil, entre eles a estratégia de redução de danos, foram cindidos em dois momentos distintos: o anterior e o posterior ao advento da AIDS.

Nesses termos, a estratégia de redução de danos pode ser definida como mais uma maneira de se abordar o usuário de drogas, descentrando o foco do problema da erradicação e da abstinência e privilegiando o direito à saúde de todos e o respeito à liberdade individual daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso da droga. Como a história indica, essa estratégia surgiu como uma medida de prevenção em resposta à epidemia do contágio por HIV, às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a hepatites.

Apesar de os estudos indicarem que já no ano 1926, no Colégio de Médicos Britânicos e no Comitê Rolleston, na Inglaterra, pensava-se na distribuição de seringas higienizadas para os usuários de heroína (Carlini, 2003), foi só bem mais tarde, na década de 80, inicialmente em Amsterdã, Holanda, que a estratégia de redução de danos começou a ganhar

corpo. A partir da articulação do movimento social denominado Liga de Dependentes, ou *Junkiebond*, que reivindicava melhores condições de saúde e qualidade de vida para os usuários de drogas (Alves, 2009), essa medida de saúde pública, restrita inicialmente aos programas de trocas de seringas usadas por seringas sem uso para usuários de drogas injetáveis – UDIs – estendeu-se para outros países, como a Austrália, o Canadá, a França, a Escócia e a Inglaterra. Desde seu início, a redução de danos foi de encontro à estratégia proibicionista norte-americana de *guerra às drogas*, uma vez que não priorizava a abstinência como meta de suas ações.

No Brasil, é consenso entre os estudiosos que o uso das estratégias de redução de danos teve início em 1989, na cidade de Santos, no Estado de São Paulo, onde se concentrava grande parte dos casos de AIDS decorrentes do uso de drogas injetáveis. A iniciativa foi do médico sanitário David Capistrano, que implementou programas de distribuição de seringas aos UDIs (Silveira et al., 2003; Mesquita, 1991; Petuco & Medeiros, 2009). Desde seu ingresso no Brasil, a estratégia de redução de danos provocou polêmicas e resistências, sob a alegação de facilitar o uso/consumo de drogas e de levar a gastos indevidos do dinheiro público. A primeira experiência em Santos com os programas de troca de seringas resultou em “dois processos da Promotoria Pública, um criminal (arquivado por falta de provas) e outro cível (...), (que) abortaram a iniciativa respaldada na experiência internacional” (Mesquita, 1991, p. 51).

As resistências aumentaram a partir da aprovação da redução de danos como estratégia de saúde pública pelo Conselho Federal de Entorpecentes – Confen –, criado na década de 80, extinto e substituído pelo Sistema Nacional Antidrogas – Sisnad – em 1998. O Confen aprovou a estratégia de redução de danos motivado por dois

principais fatores: 1) a epidemia da AIDS, que exigia respostas rápidas e eficazes, possibilitadas pela redução de danos, e 2) o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, cuja determinação é: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2009).

Por entrar em conflito com as disposições da Lei nº 6.368/1976 (Brasil, 1976), vigente naquele período e posteriormente revogada pela Lei nº 11.343/2006 (Brasil, 2006), a estratégia de redução de danos era e continua sendo avaliada por alguns segmentos, dentre eles a Igreja Católica e a polícia federal, como incitação ao uso de drogas ilícitas e, em consequência, como crime (Machado & Miranda, 2007, p. 809). Por um lado, esses conflitos trazem a lume o debate entre saúde e segurança pública, não solucionado até o presente momento; por outro, é preciso argumentar que os fundamentos da estratégia não incluem a legalização de drogas, uma vez que enfocam a saúde e a minimização dos danos decorrentes do uso, do abuso ou da dependência de drogas.

Em cooperação com o UNDCP – Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas –, em 1994, o Ministério da Saúde reconheceu a redução de danos como estratégia de saúde pública no Brasil, tendo ainda como meta a prevenção da AIDS, das DSTs e de hepatites entre usuários de drogas injetáveis. É importante assinalar que esse acordo constitui o primeiro projeto de redução de danos apoiado por esse organismo internacional (Brasil, 2003).

## A redefinição da estratégia de redução de danos

Se, em um primeiro momento, a epidemia da AIDS direcionou as medidas de prevenção ao uso de drogas, principalmente as ilícitas e injetáveis, fortalecendo a estratégia de redução de danos com vistas à contenção da epidemia em diversos países, entre eles o Brasil, a configuração atual da estratégia de redução de danos já não corresponde fidedignamente àquela da década de 80.

Tendo em vista o impacto que os conceitos científicos provocam, nomeando e, portanto, determinando um direcionamento para as ações, o conceito de *comportamento de risco* passou a ser insuficiente para encaminhar as ações de prevenção e para se ter uma visão clara do que tinha se tornado o fenômeno da AIDS. Assim, ele foi ampliado e incorporado ao conceito de *vulnerabilidade*, novamente como resultado dos movimentos sociais que se organizaram para demonstrar a ineficiência de promover ações voltadas exclusivamente para a prevenção de *comportamentos de risco* (Ayres et al., 2003).

No que se refere ao fenômeno das drogas, a transição do conceito de um *comportamento de risco* a uma *situação de vulnerabilidade* permitiu o reconhecimento de que, além da perspectiva individual, a droga perpassa outras esferas, tais como a social, a econômica e a política, que também determinam e influenciam o comportamento individual. Até então, a perspectiva das estratégias proibicionistas de *guerra às drogas* não abria espaço para essa reflexão e para a compreensão da droga como um fenômeno multideterminado.

Dessa forma, o conceito de *vulnerabilidade* favoreceu a compreensão da estratégia de redução de danos, ampliando-a da prevenção exclusiva da AIDS por meio dos programas

de trocas de seringas para a concepção de redução de danos sociais e à saúde. Passou-se a perceber que as ações de redução de danos deveriam ser planejadas de acordo com o contexto sociocultural em que seriam aplicadas. Sem desconsiderar a importância das experiências internacionais com essa estratégia, compreendeu-se que nenhum modelo de atenção deveria ser importado sem que se procedesse à sua adequação às especificidades sociais, culturais, econômicas e políticas de cada população.

Além disso, a estratégia de RD tende a uma formatação mais humanitária, ou ainda, caracteriza-se como uma medida de *baixa exigência*, em contraposição às estratégias proibicionistas de *alta exigência*, uma vez que não estabelece como meta inicial para o tratamento a abstinência do uso da droga e pressupõe que a atenção à saúde chegue até o usuário, onde quer que ele se encontre, e não o contrário (Dias et al., 2003). A estratégia também permite que o usuário participe de seu tratamento, o que a caracteriza como uma medida formulada de *baixo para cima*, construída em conjunto e em defesa daqueles que usam drogas (Cruz, Sáad, & Ferreira, 2003; Dias et al., 2003).

Sendo assim, para captar a demanda de uma população específica, mapeando quais estratégias devem ser executadas, são necessários o diálogo e o estabelecimento de um vínculo entre os executores e os beneficiados das ações, o que indica que não há um rol de ações preestabelecidas que possam ser classificadas como estratégias de redução de danos, mas apenas como indicadores. Dias et al. (2003, p. 314) acrescentam que, no estabelecimento de políticas públicas de redução de danos, deve-se delimitar qual dano se pretende minimizar a partir do estudo da relação entre a pessoa que faz uso da droga, da droga propriamente dita e dos danos a ela associados.

Czeresnia (2003) ressalta que as estratégias formuladas de *baixo para cima*, ao promoverem uma *lacuna científica*, ou seja, ao abrirem espaço para o saber popular, ampliam as possibilidades de construir uma nova visão de saúde, focada nas condições de enfrentamento do sujeito, e não exclusivamente no binômio prevenção-doença. Essa visão vai ao encontro do conceito de vulnerabilidade, que prioriza, como estratégia de cuidado, a informação e os recursos que transcendem o campo da saúde para que os usuários de drogas possam agir com autonomia em prol de sua própria saúde: “a mudança para um comportamento protetor na prevenção (...) não é a resultante necessária de ‘informação+vontade’, mas passa por coerções e recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial desigualmente distribuídos (...)” (Grupta como citado em Ayres et al., 2003, p. 121).

Para Dias et al. (2003, p. 343), a face política da redução de danos está no fato de que “nunca deveria ser motivo para a exclusão do tratamento” a recusa da pessoa em se tornar abstinente, além de ter como princípios a *neutralidade moral*, ou seja, aquele que pretende reduzir os danos decorrentes da droga não se posiciona contra ou a favor do uso, mas isenta-se de *posições ideológicas*.

Como estratégia de prevenção no campo da saúde, a estratégia de redução de danos, segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde, pode ser alocada no nível da prevenção terciária, em que já não existe a pré-condição de abolir o uso de drogas, mas em que se busca minimizar as consequências dos danos, que certamente vão ocorrer (Carlini, 2003). Por outro lado, embora seja uma intervenção *tardia*, a estratégia não deve ser compreendida como uma medida paliativa (Campos & Siqueira, 2003). Esse posicionamento é ratificado se constatados os dados do Ministério da Saúde, que reforçam

“a mudança para um comportamento protetor na prevenção (...) não é a resultante necessária de ‘informação+vontade’, mas passa por coerções e recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial desigualmente distribuídos (...)” (Grupta como citado em Ayres et al., 2003, p. 121).

a eficácia dessa estratégia na prevenção, indicando que “23% dos usuários atendidos pelos programas de redução de danos procuram tratamento para a dependência química” (Carlini, 2003, p. 366).

## Redução de danos nas políticas públicas

A estratégia de redução de danos foi progressivamente incorporada à legislação brasileira sobre drogas, de modo que, nas duas últimas décadas, as políticas de saúde reconheceram a histórica lacuna assistencial prestada aos usuários de álcool e de outras drogas. Nesse sentido, a partir da aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001 (Brasil, 2001a), que legitimou o movimento da reforma psiquiátrica na área da saúde mental, os usuários de drogas foram efetivamente aceitos como de responsabilidade da saúde pública, mais especificamente, da saúde mental.

Essa lei reconhece aos portadores de transtorno mental o direito ao tratamento e à reinserção social, priorizando a rede extra-hospitalar de cuidados. Com a vigência dessa lei, as políticas sobre drogas passaram a priorizar a rede de cuidados extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas – CAPSad –, além de ressaltar os direitos à saúde e à proteção do usuário e do dependente de álcool e de outras drogas. Não obstante, nesse mesmo ano, de grande importância para a atenção em saúde mental no Brasil, pela realização da *III Conferência de Saúde Mental* e pela publicação da Lei nº 10.216/2001, ocorreu paralelamente o *2º Fórum Nacional Antidrogas*, ainda com enfoque no proibicionismo, o que possivelmente reforçou a dificuldade de articulação das duas áreas, a da saúde e a da segurança pública, processo que se arrasta ao longo de décadas no que se refere à problemática das drogas, principalmente as ilícitas (Machado & Miranda, 2007).

Ainda em 2001, foi aprovada a Política Nacional Antidrogas – PNAD – que leva o *antidrogas* em sua denominação, propagando o discurso proibicionista e idealizando uma sociedade livre do uso de drogas (Alves, 2009); porém, contraditoriamente, a PNAD também apoia a criação e a implementação de estratégias de redução de danos para o indivíduo, grupo social ou comunidade, com enfoque na *prevenção das doenças infecciosas* – ou seja, de medidas ainda restritas à prevenção de doenças – e na formação de redutores de danos<sup>2</sup> (Brasil, 2001b).

Ademais, a PNAD não especifica o que define como redução de danos e não se posiciona em relação aos programas de troca de seringas. Para Machado e Miranda (2007), essa omissão foi resultado da articulação das comunidades terapêuticas, até então hegemônicas na abordagem dos usuários de álcool e de outras drogas no âmbito da saúde.

Em contraposição aos preceitos da PNAD, em 2003, a estratégia de redução de danos ganha visibilidade por meio da política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e de outras drogas (Brasil, 2003). Essa política apresenta críticas ao ideal de abstinência e às políticas proibicionistas, e alerta para a responsabilidade da saúde pública pelo problema das drogas e para a necessidade de superar os atuais modelos assistenciais e de atenção integral, uma vez que foi constatado o crescimento da relação entre o consumo de substâncias e os agravos sociais dele decorrentes (Brasil, 2003).

Nessa política e em outras que foram elaboradas posteriormente, como a Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2005), a estratégia da redução de danos se alinha aos pressupostos dos direitos do usuário, da universalidade do acesso à assistência e da descentralização do atendimento. Para Machado e Miranda, a política de 2003 foi central para a superação de concepções

<sup>2</sup> Redutores de danos são profissionais da saúde reconhecidos pela Política Nacional Sobre Drogas de 2005, que trabalham na perspectiva da redução de danos com usuários de drogas. Em 1997, os redutores de danos do Brasil fundaram a Associação Brasileira de Redutores de Danos – ABORDA –, com o intuito de instituir a redução de danos como política pública e melhorar a capacitação, as condições de trabalho e de vida desses profissionais.

A Associação já se difundiu pelos Estados brasileiros, assumindo um papel ativo na luta pelos direitos do usuário de drogas. (disponível em: <http://www.abordabrasil.org>).

moralistas que se propagavam nas políticas nacionais.

No ano 2005, a PNAD teve seu nome modificado e ocorreram outras disposições da política balizadora das ações no âmbito da prevenção, tratamento, reinserção social e repressão ao tráfico. Hoje seu nome passou a ser Política Nacional sobre Drogas, e tem como princípio a redução de danos (Brasil, 2005). Essa mudança, aparentemente de caráter semântico, representou o desejo de reverter o foco da PNAD, que trazia como bandeira a *guerra às drogas*, e de resgatar o usuário nessa discussão (Garcia; Leal & Abreu, 2008).

Desde os anos que se seguiram a essa modificação até o presente momento, a estratégia de redução de danos vem conquistando espaço no âmbito das políticas públicas no País: foi contemplada no Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde – PEAD<sup>3</sup> (Brasil, 2009) como meta e estratégia a ser seguida, e ainda no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (Brasil, 2010). Embora a estratégia de redução de danos não esteja prevista diretamente no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, aparece subentendida no rol dessas estratégias e nas experiências bem-sucedidas tomadas como referência para as ações do plano.

Não obstante, ainda que a estratégia de redução de danos tenha conseguido legitimar-se nas políticas sobre drogas, a complexidade do fenômeno das drogas suscita ainda muitos desafios na comunidade científico-acadêmica, na saúde e na segurança pública, nos meios de comunicação e na sociedade de maneira geral.

## Desafios atuais

O debate científico sobre a estratégia de redução de danos divide-se entre: 1) a recusa da validade da estratégia no âmbito da prevenção, sob o argumento de falta de cientificidade da estratégia, 2) a aceitação parcial da redução de danos e 3) a aceitação total da estratégia. O primeiro posicionamento é marcadamente pautado em valores morais, os quais não concebem o uso de drogas como necessidade ou desejo, já que os dados do Ministério da Saúde, as atuais políticas sobre drogas – como a Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2005) – e as experiências nacionais e internacionais com a redução de danos validaram a comprovação científica da estratégia de redução de danos.

A segunda vertente, a daqueles que aceitam parcialmente a estratégia, está ainda pautada no conceito de *comportamento de risco*, visto que só há aceitação se a redução de danos buscar prevenir a AIDS por meio dos programas de troca de seringas ou da abstinência como meta final do tratamento. Esse posicionamento é sustentado pelo *International Narcotics Control Board* e pelo Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, entre outras organizações (Carlini, 2003; Malbergier, Andrade, & Scivoletto, 2003).

Por último, a aceitação total da estratégia compreende sua validade científica e sua eficácia na prevenção da AIDS, mas não limita as ações aos programas de troca de seringas, nem estabelece como meta final a abstinência do usuário, tampouco compreende que a redução de danos seja contra a abstinência do uso de drogas (Campos & Siqueira, 2003).

Tais divergências em relação à estratégia de redução de danos dificultam sua consolidação, a disseminação de seus princípios e sua aplicação na saúde pública. De qualquer modo, como afirmam Canoletti

3 O PEAD consistiu em um plano com metas precisas, que deveriam ser cumpridas no intervalo de um ano (2009-2010), dirigidas aos 100 Municípios brasileiros listados como prioridade, devido à fragilidade na assistência ao dependente químico e à magnitude do problema das drogas nesses Municípios. O plano teve como principal objetivo a ampliação do acesso ao tratamento e prevenção no SUS em álcool e outras drogas, por meio da diversificação das ações.

e Soares (2005), independentemente da aceitação parcial ou total, o rompimento com o paradigma proibicionista é visível no âmbito acadêmico, embora não se tenha clareza sobre a configuração do novo paradigma de abordagem do fenômeno das drogas.

Esse quadro é um indicador da mudança dos paradigmas e dos discursos atualmente vigentes, os quais ainda são instáveis e não estão consolidados nas políticas sobre drogas e nos discursos científicos. Vivencia-se um período de intensa formulação de políticas públicas e de planos relacionados às drogas, procurando-se a correção da lacuna histórica da invisibilidade do usuário de drogas, a superação das décadas sem resultados das políticas proibicionistas e uma compreensão ampliada do problema, que contemple a complexidade do fenômeno das drogas. Por outro lado, tem-se presenciado um intenso debate sobre o direcionamento do dinheiro público para o financiamento de comunidades terapêuticas, em contraposição às decisões da *IV Conferência Nacional de Saúde Mental* e em transgressão dos direitos do usuário de drogas, reforçando sua segregação social e desconsiderando toda a rede de saúde mental articulada para o cuidado dos usuários, compreendida pelos Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad), pelos Consultórios de Rua e pelas Casas de Acolhimento Transitório (CAT), como já alerta o Conselho Federal de Psicologia (Abaixo-assinado Manifesto Drogas, 2011).

Diante dessa polêmica, é preciso reconhecer que os atuais investimentos governamentais na formulação de políticas públicas voltadas para o usuário de drogas ratificam a falência – porém não o abandono – das políticas proibicionistas e das estratégias repressivas. Além disso, como apontam Silveira et al. (2003), tais políticas resultaram em onerosos custos sociais e econômicos para o País.

A configuração atual do cenário das drogas no País demanda a avaliação e a construção de estratégias de redução de danos que contemplem a especificidade de cada droga, pois o contexto em que surgiu a estratégia de RD no Brasil por meio dos programas de troca de seringas não é mais hegemônico, uma vez que as drogas injetáveis deram espaço a uma gama de outras drogas usadas de diferentes formas, que exigem, por isso mesmo, novas estratégias e adequação da redução de danos a essas outras realidades sociais.

Assim, urge incluir, no rol das discussões, temas como o álcool, que historicamente tem sido um grande problema, com altos custos sociais, como já consta na Política de Atenção Integral Relativa ao Usuário de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2003). O problema do uso abusivo do álcool resultou na publicação da Política Nacional sobre o Álcool (Brasil, 2007), na qual o Governo Federal apoiou a estratégia de redução de danos por meio de ações como o treinamento de garçons, a orientação e a informação sobre o consumo seguro de álcool, a promoção de cultura e o fornecimento gratuito de água potável em boates, além da campanha *Não beba se for dirigir*.

Nesse contexto, é importante ressaltar que o Brasil é o terceiro maior produtor mundial de cerveja, cujo consumo *per capita* gira em torno de 60 litros por pessoa a cada ano (Lima, 2010). Esses dados são também reflexo da permissividade no tocante à propaganda de cervejas no País, diferentemente do que ocorre em relação a outras bebidas alcoólicas.

Urge também considerar os gastos do Governo Federal com o atendimento das pessoas envolvidas em acidentes de trânsito e violência doméstica decorrentes do consumo de álcool: “os gastos gerais relacionados com o uso, abuso e dependência do álcool podem chegar a mais de 4 vezes o orçamento do Ministério da Saúde, ou seja, algo em torno

de 7% do nosso PIB!” (Lima, 2010). Por esses e outros motivos, o álcool não pode ser excluído da agenda pública, principalmente no que se refere às políticas de saúde.

Cumpra ainda ter em vista a amplitude que assumiu o fenômeno do *crack* em diversas regiões do País. Embora essa droga tenha tido seu primeiro registro no Brasil no já ano 1989, os estudos científicos e os programas com o uso da estratégia voltados para os usuários de *crack* são ainda insuficientes. De acordo com Domanico, no ano 2006, “menos de 10% (dos programas de redução de danos) desenvolve(ia)m estratégias para usuários de *crack*” (2006, p.79). Esse dado pode ser um indicador da falta de familiaridade com a mudança na demanda e no perfil dos usuários de drogas, devido à migração do uso de drogas injetáveis para o *crack* (Carvalho & Seibel, 2009).

As estratégias de redução de danos possíveis em relação ao *crack* podem incluir a confecção de cachimbos próprios para evitar o fumo em recipientes potencialmente contaminados, a distribuição de piteiras de silicone, protetor labial, informações e educação sobre doenças sexualmente transmissíveis e hepatites, a distribuição de preservativos, projetos sociais que envolvem a arte e o trabalho grupal, entre outras<sup>4</sup>.

Para não se incorrer no erro de aplicar ações de redução de danos demandadas por determinada população em outra de características culturais e socioeconômicas diferentes, é imprescindível o contato com a população beneficiada e a investigação de suas necessidades, questionando-se em cada contexto qual dano se pretende reduzir, qual é a demanda da população e qual a relação que ela estabelece com a droga e como reduzir os danos sociais decorrentes do uso da droga (Dias et al., 2003).

Além da necessidade de delimitação do

campo de ação da redução de danos, os desafios práticos estão intensamente relacionados com as divergências teóricas e com a falta de clareza em relação à estratégia. Sendo assim, é possível afirmar que, apesar de as estratégias de redução de danos terem sido incorporadas às políticas nacionais sobre drogas, as experiências práticas muitas vezes focalizam ainda a prevenção de doenças, deixando de fora questões sociais como violência, exclusão e preconceito em relação ao usuário de drogas.

Domanico denomina essa centralidade nas ações de caráter instrumental de “tendência hegemônica à instrumentalização” (2006, p. 88), o que significa que, em grande parte dos projetos, as ações se concentram na distribuição de insumos de prevenção, sem explorar temas que legitimaram a consolidação da redução de danos como estratégia de saúde pública, como o resgate da cidadania e a promoção dos direitos humanos.

Por último, a estratégia de redução de danos enfrenta o desafio do trabalho intersetorial, preconizado nas políticas públicas brasileiras, especialmente na Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2003) e na Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2005). Ao revisitar o histórico das políticas sobre drogas, verifica-se que, no cenário do debate sobre drogas, saúde e segurança pública estiveram em grande parte cindidas e opostas. O entrecruzamento dessas duas frentes é recente, tendo ocorrido a partir da década de 90. Na realidade, a oscilação entre prevenção e repressão ainda não foi superada, mesmo que certas medidas tenham contribuído para a integração das duas esferas, como a Lei n.º 11.343/2006, que diferenciou o *usuário* do *traficante* (Brasil, 2006).

É provável que grande parte das dificuldades de implementação das estratégias de redução de danos se deva ao confronto

<sup>4</sup> Algumas experiências com os projetos-piloto de redução de danos em relação ao *crack* desenvolvidos no Brasil são relatadas por Domanico (2006).

entre a população-alvo das estratégias e a repressão policial, decorrente da confusão entre prevenção e repressão ou do desconhecimento da estratégia de redução de danos, de julgamentos morais, de preconceitos e de estigmatização do usuário de drogas (Domanico, 2006; Machado & Miranda, 2007).

Ainda que as políticas sobre drogas enfatizem um trabalho conjunto entre a saúde e a segurança públicas, priorizando investimentos na capacitação policial civil e militar (Brasil, 2010), a quebra de preconceitos e estigmas é atravessada por outros fatores de ordem social. A abordagem do fenômeno das drogas demanda não apenas a parceria entre a saúde e a segurança públicas mas também a articulação entre os sistemas jurídico e educacional e o comprometimento social. Tal fato conduz à conjectura de que é o próprio imaginário social a respeito da droga que deve ser modificado.

Nesse sentido, a mídia e as redes de comunicação em geral, como formadoras de opinião pública, são setores importantes no enfrentamento às drogas; porém Carlini-Cotrim questiona o uso que se tem feito desses recursos:

Houve um aumento de quase 12 vezes, entre as décadas de 60 e 80, na quantidade de artigos publicados (no jornal *O Estado de São Paulo*) sobre drogas, álcool e tabaco. Tal interesse da mídia, por outro lado, não se traduziu em melhoria da qualidade das reportagens, que muitas vezes veiculam informações distorcidas e tendenciosas (como citado em Carlini, 2003, p. 369)

Ademais, como salienta Veloso (como citado em Leal & Garcia, 2008, p. 76), é notável a utilização de “propagandas educativas sob a forma de metáforas militares: ‘Drogas, nem morto’, ‘Drogas, tô fora’”, que reforçam novamente o discurso repressivo e produzem uma espécie de *pânico moral* (Domanico,

2006). Esse pânico se deve principalmente aos seguintes fatores: *exagero dos fatos* (no caso, os efeitos do uso de drogas), *amplificação por associação*, que forja uma associação entre uma causa e um efeito, como drogas e criminalidade, *as profecias de desgraça*, que não fornecem expectativas de vida para os usuários de drogas, e a *simbolização* ou atribuição de um estereótipo ao usuário de drogas (Domanico, 2006, p. 27).

Essa visão a respeito da droga em nada favorece a responsabilidade compartilhada entre o Estado e a sociedade civil na prevenção às drogas. A sociedade brasileira poderia ter melhor aproveitamento se tais recursos divulgassem projetos da saúde pública já realizados, aqueles bem-sucedidos, o que é a estratégia de redução de danos e quais os pressupostos que a fundamentam – direito à saúde, não exigência inicial da abstinência, perspectiva *de baixo para cima* –, a fim de familiarizar a todos com a realidade das drogas no País e de engajar todos no enfrentamento às drogas no Brasil.

## Conclusões

O descompasso do surgimento das políticas públicas sobre drogas nos campos da segurança e da saúde pública reflete o debate histórico a respeito do tema no País, que oscilou entre esses dois âmbitos, o da segurança e o da saúde pública, carregando sinais das políticas proibicionistas pautados, até o presente momento, no ideal de abstinência e na ideologia norte-americana da *guerra às drogas*.

Embora estratégias como a redução de danos tenham conquistado espaço na agenda pública brasileira a partir da década de 90, em vista da necessidade de respostas eficazes à epidemia da AIDS, resgatando o enfoque na prevenção e os direitos à saúde do usuário de drogas, sua implementação e compreensão

ainda se apresentam incipientes. Atualmente, a redução de danos depara com inúmeros desafios, que demandam uma compreensão ampliada do fenômeno das drogas no contemporâneo, a fim de formular ações diversificadas que vão além do uso de drogas injetáveis e da prevenção de doenças infecciosas, como a AIDS.

É preciso lançar um olhar mais acurado sobre a configuração atual do cenário das drogas no País e responder às atuais demandas no campo da prevenção, como o álcool e o *crack*. Para tanto, necessita-se de um envolvimento conjunto de diferentes setores da sociedade e de instituições como, por exemplo, a escola, da articulação e da divisão de responsabilidades entre os campos da saúde e da segurança, além da reconstrução do enfoque sobre as drogas

propagado pelos meios de comunicação de massa.

Sendo assim, todo o debate atual, decorrente da possível falta de clareza sobre a redução de danos, seja no âmbito acadêmico, seja na prática, indica que a superação dos entraves entre segurança e saúde só foi efetivada no plano teórico, e ainda assim, apenas parcialmente, pois, na prática, essas duas esferas continuam ambíguas. Não se pode dizer que a saúde tenha superado os entraves da segurança pública e da Justiça na questão das drogas, uma vez que as experiências ainda demonstram falta de clareza sobre os âmbitos de intervenção de cada uma dessas áreas e a contradição das concepções sobre o fenômeno das drogas entre os dois lados.

**Letícia Vier Machado**

Discente do curso de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, Maringá – PR – Brasil.  
E-mail: leticia.psicouem@yahoo.com.br

**Maria Lúcia Boarini**

Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo e docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, Maringá – PR – Brasil.  
E-mail: mlboarini@uol.com.br

**Endereço para envio de correspondência:**

Rua Saint-Hilaire, 2055, zona 05. CEP: 87015-161. Maringá, PR.

Recebido 14/11/2011, 1ª Reformulação 22/06/2012, Aprovado 11/04/2013.

## Referências

- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2309-2319.
- As transformações das políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas. (2009, nov.). *Psicologia: Ciência e Profissão – DIÁLOGOS*, 6(6), 11-13.
- Ayres, J. R., Júnior, I. F., Calazans, G. J., & Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia (Org.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 117 - 139). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Booth, W.C., Colomb, G.G., & Williams, J.M. (2005). *A arte da pesquisa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brasil. (1938). *Decreto-lei nº 891, de 25 de novembro de 1938*. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Recuperado em 14 outubro, 2010, de <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/1937-1946/Del0891.htm>.
- Brasil. (1976). *Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976*. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. Recuperado em 15 abril, 2010, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L6368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6368.htm).
- Brasil. (2001a). *Lei nº 10.216, de 04 de junho de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado em 14 outubro, 2010, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm).
- Brasil. (2006). *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. Recuperado em 15 março, 2010, de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm).
- Brasil. (2007). *Decreto nº 6117, de 22 de maio de 2007*. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e a criminalidade, e dá outras providências. Recuperado em 1º fevereiro, 2011, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6117.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6117.htm).
- Brasil. (2009). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Vade Mecum RT (4a ed. rev. ampl. e atual.). São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.

- Brasil. (2010). *Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010*. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Recuperado em 13 janeiro, 2011, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009*. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Recuperado em 20 dezembro, 2010, de: [http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=16978](http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16978).
- Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. (2001b). *Política Nacional Antidrogas*. Brasília, DF: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. (2003). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF.
- Brasil. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. (2005). *Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005*. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Recuperado em 15 março, 2010, do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>.
- Campos, M. A. & Siqueira, D. J. R. (2003). Redução de danos e terapias de substituição em debate: contribuição da Associação Brasileira de Redutores de danos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(5), 387-393.
- Canoletti, B., & Soares, C. B. (2005). Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 115-129.
- Carlini, E. A. (2003). Posicionamento da Unifesp sobre redução de danos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(5), 363-370.
- Carvalho, H. B., & Seibel, S. D. (2009). Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics*, 64(9), 857-866. Recuperado em 21 março, 2011, [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-59322009000900006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-59322009000900006&script=sci_arttext).
- Conselho Federal de Psicologia. (2011). *Abaixo-assinado Manifesto Drogas: pelo tratamento sem segregação*. Recuperado em 29 agosto, 2011, de <http://www.peticaopublica.com.br/PeticaoAssinada.aspx?pi=CFP2011A#>.
- Cruz, M. S., Sáad, A. C., & Ferreira, S. M. B. (2003). 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*, 52(5), 355-362.
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D. Czeresnia (Org.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dias, J. C., Scivoletto, S., Silva, C. J. da, Laranjeira, R. R., Zaleski, M., & Gigliotti, A. et al. (2003). Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(5), 341-348.
- Domanico, A. (2006). *Craqueiros e crackados: bem vindo ao mundo dos nóis! Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil*. (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.
- Garcia, M. L. T., Leal, F. X., & Abreu, C. C. (2008). A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 267-276.
- História da AIDS*. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Recuperado em 28 julho, 2011, de <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>.
- Leal, F. X., & Garcia, M. L. T. (2008). Drogas e legislação: reflexões sobre a política de enfrentamento ao uso indevido de drogas no Brasil. In *Prevenção ao uso indevido de drogas* (pp. 73-80). Curitiba, PR: Secretaria de Estado da Educação. Superintendência da Educação. Diretoria de Políticas e Programas Educacionais. Coordenação de Desafios Educacionais Contemporâneos.
- Lima, J. M. B. (2010). *O sucesso do mercado da cerveja no Brasil e os prejuízos do sistema de saúde (público e privado)*. Recuperado em 14 outubro, 2011, de <http://www.abead.com.br/artigos/arquivos/Artigo290110.pdf>.
- Machado, A. R., & Miranda, P. S. C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 14(3), 801-821.
- Malbergier, A., Andrade, A. G. de, & Scivoletto, S. (2003). Redução de danos: Departamento e Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(5), 375-380.
- Mesquita, F. C. (1991). AIDS e drogas injetáveis. In H. Daniel, et al. *Saúde & Loucura 3* (2a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – (OBID). *Álcool*. Recuperado em 3 setembro, 2011, de: [http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id\\_conteudo=11288&rastra=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS%2FTipos+de+drogas/%C3%81lcool#historico](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11288&rastra=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS%2FTipos+de+drogas/%C3%81lcool#historico).
- Petuco, D. R. S., & Medeiros, R. G. (2009). *Redução de danos: dispositivo da reforma?* Recuperado em 12 setembro, 2010, de: [http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod\\_artigo=340&cod\\_boletim=31](http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=340&cod_boletim=31).
- Resende, H. (1987). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In N. R. Costa & A. S. Tundis (Orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (3a ed., pp. 15-74). Rio de Janeiro: Petrópolis.
- Silveira, C., Doneda, D., Gandolfi, D., Hoffmann, M.C., Macedo, P., & Delgado, P. G. et al. (2003). Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(5), 349-354.