

# Conceito de redução de danos: uma apreciação crítica

Cíntia Bortolotto Almeida<sup>1</sup>

**Resumo:** O presente artigo tem como finalidade fazer um apanhado geral da trajetória da redução de danos. Através de minha vivência de Estágio no Centro de Referência em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, percorri o histórico da redução de danos, seu conceito inicial e os avanços do mesmo. As reflexões feitas levaram a redução de danos a deixar de ser somente uma prática para minimizar a contaminação de doenças para tornar-se um paradigma de trabalho. A partir dessa ampliação, a redução de danos passou a ser uma política de saúde pública, a qual fundamenta-se devido a sua importância na implantação das novas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, pesquisei várias publicações de autores que abordavam a questão da redução de danos, da saúde pública e da sociedade.

**Palavras-chave:** redução de danos; saúde pública; Sistema Único de Saúde - SUS.

Este artigo irá demonstrar o caminho que percorri na formação de um conceito do que é redução de danos, e as descobertas e questionamentos alcançados. Tais descobertas foram proporcionadas pelo meu estágio curricular em Psicologia Comunitária no Centro de Referência em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

Para nos aproximarmos da questão e compreendermos a maneira como se compõe, é fundamental o conhecimento de suas origens e de sua história, uma vez que essa, através dos caminhos tomados e das práticas realizadas, influencia a forma como entendemos o conceito de redução de danos atualmente.

Marlatt (1999) relata que a primeira notícia que se teve em relação à redução de danos foi na Inglaterra, através da prescrição de opiáceos. Mas foram anos mais tarde, com o surgimento de vários fatos e movimentos no contexto europeu, que pudemos ter estratégias de redução de danos no campo da saúde pública.

Foi em 1984, na Holanda, por iniciativa dos Junkiebonden (associações locais de usuários de drogas), que se deu início a prática de troca de seringas em resposta a um surto de contaminação das hepatites virais (basicamente B e C). Com esse objetivo, os usuários passaram a realizar a troca de seringas, o que levou ao primeiro Programa de Troca de Seringas (PTs), em Amsterdã, segundo Bastos e Mesquita (1998). Bastos, Karam e Martins (2003) complementam, relatando que é importante apontar que esse programa não foi criado por profissionais, mas sim por usuários. A crescente participação dos profissionais da saúde fez com que fosse compreendida como medida de saúde pública.

A iniciativa dos usuários de drogas veio a denunciar um descaso à saúde dessas pessoas, visto que não havia nenhum tipo de medida preventiva à contaminação de doenças transmitidas pelo compartilhamento de seringas. As medidas tomadas até o momento eram de apreensão aos usuários, não atendendo a suas necessidades, mas sim os marginalizando.

---

<sup>1</sup> Psicóloga, E-mail: ciba.sma@terra.com.br

Outro fato que os autores supracitados apontam é que esses usuários, inicialmente, não haviam visualizado a dimensão da problemática da contaminação por HIV, o que foi sendo percebido aos poucos. Esse fato foi determinando que as medidas preventivas não fossem apenas de distribuição de seringas, mas sim de redução de danos, visto que incluíam a distribuição de preservativos.

Paes (2002) relata que essa idéia foi inicialmente rechaçada pela sociedade, devido aos preconceitos existentes. Porém, diante das comprovações científicas da diminuição da contaminação por vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis - problema que havia se tornado grave -, outros países passaram a adotar medidas de redução de danos.

O contexto exposto acima fez com que a redução de danos fosse conhecida como o Programa de Troca de Seringas (PTS), o qual mostrava sua relevância no fato de constituir-se numa ação de prevenção à contaminação de doenças, principalmente por vírus do HIV. O termo redução de danos foi sendo inserido aos poucos, sendo que em vários países essa ação ainda é conhecida como Programa de Troca de Seringas.

Bastos e Mesquita (1998, p.55) conceituam a redução de danos como "uma tentativa de minimizar as conseqüências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde, sem, necessariamente, reduzir esse consumo". Através do conceito formulado pelos autores, podemos dizer que as ações não se reduzem à troca de seringas; incluem-se todas as ações de melhoria da qualidade de vida.

De acordo com os níveis de prevenção descritos por Leavell e Clark (1976), as estratégias de redução de danos podem ser denominadas prevenção primária, à medida que estabelecem empecilhos à contaminação de agentes patológicos e promovem saúde. A prevenção secundária refere-se ao diagnóstico precoce, limitando a ação da doença. Em relação à redução de danos, esse nível de prevenção é realizado através da testagem do HIV, fazendo com que as pessoas possam conhecer sua soroprevalência e realizar o tratamento adequado, quando necessário.

A redução de danos chega ao Brasil nessa perspectiva de troca de seringas, sendo que essa prática vem sendo ampliada no decorrer dos anos. Mesquita e Bastos (1994) colocam que, no Brasil, levou-se um certo tempo para que as práticas de redução de danos fossem compreendidas como uma eficiente atitude em relação aos efeitos nocivos das drogas, em especial ao controle da disseminação da epidemia da AIDS. Esse foi um espaço traçado com muito esforço e perseverança dos que começaram, a exemplo do ocorrido na cidade de Santos, onde se teve a primeira tentativa de formação de um Programa de Redução de Danos (PRD). Essa ação foi divulgada pela imprensa e, devido aos preconceitos direcionados aos usuários de drogas, foi rejeitada pela sociedade e processada pela justiça local.

Acredita-se que o grande equívoco dessa tentativa foi o de ter divulgado o PRD à população, sem possuir respaldos suficientes para assegurar sua continuidade. Uma reflexão que essa experiência traz é a respeito do quanto a metodologia da redução de danos faz com que se questione a moral. Dessa forma, cria-se a necessidade de uma reflexão - e, paralelamente, da aceitação - sobre as práticas preconceituosas frente às pessoas que julgamos diferentes e desviantes.

Paes (2002) complementa, ao colocar que o primeiro programa a ser implantado com sucesso no Brasil foi em Salvador, na Bahia, vinculado ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD-UFBA). Em função de outra

realidade geopolítica-social, Salvador não teve problemas com a justiça local. Acredita-se que a articulação com a UFBA colaborou para a credibilidade do projeto. Logo após, surge o Programa no Rio de Janeiro, no Rio Grande do Sul e em São Paulo. Atualmente, temos, aproximadamente, 140 Programas de Redução de Danos (PRDs) no País.

Conte (2001) coloca que as drogas sempre fizeram parte da humanidade, sendo que os fatores que as dividem entre lícitas e ilícitas são as determinações sociais, norteadas por razões culturais, religiosas ou por interesses financeiros. Bucher (1988) complementa, relatando que cada sociedade tem seu próprio entendimento do que é droga: para alguns, corresponde a um mal a ser eliminado; para outros, um objeto sagrado. Como no caso de algumas tribos indígenas, em que possui um significado grupal associado a rituais integradores, ligados aos costumes e tradições comuns.

Nos tempos atuais, de acordo com a visão de Conte (2001), a droga representa apenas mais um dos produtos incentivados pelo mercado de consumo e por nossa sociedade carente de significados, a qual procura produtos para preencher vazios e evitar o sofrimento, evitando o contato com a realidade objetiva das adversidades cotidianas e das necessidades orgânicas, bem como a realidade dos conflitos psíquicos. Um questionamento que pode ser feito é se o problema está no uso de drogas ou na maneira como ele é feito. A redução de danos, ao possuir esse entendimento, viabiliza que as pessoas conheçam as drogas, suas possibilidades, impossibilidades e riscos, sabendo usá-las de maneira consciente e menos nociva.

Analisando o lugar que o usuário de drogas ocupa na sociedade, um espaço de exclusão e ausência de direitos, percebe-se o quanto a redução de danos pode contribuir para o resgate da cidadania dessas pessoas. Queiroz (2001) relata que essa prática legitima os direitos de cidadania dos usuários de drogas, à medida que percebe como inaceitável excluí-los dos programas de saúde - devido a fracassos terapêuticos ou por não estarem dispostos a abandonarem seu vício -, dando-lhes o direito de prevenção, oferecido ao restante da população.

É necessário todo esse aporte teórico para que se possa conhecer o lugar que a redução de danos ocupa na sociedade e, dessa forma, poder conceituá-la. Entende-se redução de danos por uma prática que visa reduzir os danos da vida de uma pessoa, de acordo com o que é possível no momento para a mesma, dando-lhe o direito de escolha diante de sua vida e sendo responsável por ela.

Paes (2002) coloca que essa filosofia pode ser aplicada a usuários de drogas injetáveis ou não, como o álcool, cigarro, açúcar e outros hábitos vulgarmente chamados de vício. Além disso, o mesmo autor coloca que, no âmbito da saúde pública, redução de danos consiste em uma política pública de intervenção junto à comunidade de usuários de drogas, objetivando controlar a transmissão da epidemia da AIDS e de outras doenças transmitidas por via endovenosa ou relação sexual.

Segundo a metodologia de trabalho utilizada no Centro de Referência em Redução de Danos, a dependência da droga se dá através de um tripé composto (a) pela presença de uma substância, (b) por um contexto, ou seja, por um meio favorável ao seu surgimento, e (c) pelo fato de a subjetividade da pessoa não poder suportar a presença dos fatores anteriores. Sendo assim, à medida que conseguimos oportunizar ações voltadas à pessoa e à sua responsabilidade frente a suas decisões, isso refletirá nas outras duas pontas do triângulo.

Paes (2002) complementa, relatando que, ao se colocar em prática ações de redução de danos, é necessário desligar-se dos preconceitos relacionados aos usuários de drogas ilícitas, para que após esse momento possamos perceber que o melhor a fazer em relação aos mesmos não é a negligência, o abandono e o desrespeito, mas sim o diálogo e o entendimento.

Dentro do âmbito da saúde, a redução de danos ocupa um espaço de renovação do paradigma de atendimento, sendo uma ação que vem como alternativa à consolidação dos princípios da nova saúde pública, do Sistema Único de Saúde (SUS) e do conceito de saúde implicado nesse processo. O conceito de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), retirado de Ginger e Ginger (1995, p.14), é o de que "Saúde não é ausência de doença ou de enfermidade, mas um estado completo de bem-estar físico, mental e social". Perkins (apud Leavell e Clark, 1976, p.11) complementam, ao descreverem saúde como "um estado de relativo equilíbrio de forma e função do organismo, que resulta de seu ajustamento dinâmico satisfatório às forças que tendem a perturbá-lo". Esses conceitos nos levam a pensar que o primordial não é extinguir os sintomas presentes em uma pessoa, mas sim que esta consiga ter uma boa qualidade de vida, de acordo com suas possibilidades.

Outro fator que justifica a redução de danos como política de saúde são os princípios do SUS, os quais estão aqui colocados pelo guia prático escrito pelos profissionais da Secretaria Estadual de Saúde (2001). São eles: integralidade, universalidade, equidade, resolutividade, humanização e controle social. Esses trabalhadores nos relatam que a integralidade consiste em proporcionar ações e serviços preventivos e educativos, individuais e coletivos, os quais respeitem os níveis de complexidade necessários para cada pessoa, garantindo a universalidade do atendimento público em saúde. Seguindo esse pensamento, através do princípio da equidade, o SUS propõe que se tenha igualdade na assistência à saúde, oferecendo serviços e ações voltados a situações de risco, às condições de vida e à saúde de determinados indivíduos e grupos da população. O princípio da resolutividade consiste em oferecer serviços eficientes no que se refere à assistência integral resolutiva, contínua e de qualidade. Para que essa resolutividade seja alcançada, é necessário que os outros princípios estejam sendo operados e que a intersetorialidade e a humanização do atendimento sejam aprimoradas.

A relação como os princípios supracitados com a redução de danos existe devido ao fato de a última compor-se de uma proposta que visa atender a todos os usuários de drogas, independentemente de seu desejo de parar ou não com o seu uso. Dessa forma, lhes oferece o direito de optar pelo tratamento que melhor se adapte aos seus objetivos de saúde, tornando esse atendimento mais humanizado, à medida que propicia uma escuta de sua demanda.

Em relação ao atendimento humanizado:

[...] o método utilizado para implantação dessa nova visão é o da colaboração, baseada na confiança e no respeito dentre as diversas áreas, formando um ambiente multidisciplinar capaz de compreender os problemas e as práticas de forma integral, proporcionando uma atenção global à saúde. Isso implica em "considerar o indivíduo na sua singularidade, com laços sociais, políticos, profissionais, afetivos e familiares, no seu momento e com uma demanda específica" (CONTE, 2001, p.115).

A redução de danos visa oferecer um suporte ao usuário de drogas, visto que procura escutar suas necessidades de maneira não preconceituosa, respeitando as escolhas do outro e tomando ações possíveis para aquele momento.

De acordo com Secretaria Estadual de Saúde (2001), o controle social trata-se do envolvimento da sociedade na participação e deliberação dos Conselhos de Saúde. Para que isso venha a ocorrer, faz-se necessário democratizar o conhecimento do processo saúde/doença e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema. Os usuários do SUS, entre eles aqueles que fazem uso de drogas, podem participar de fóruns de discussão e de decisões importantes sobre as questões de saúde que lhe são pertinentes.

A importância do desejo do outro, na prática da redução de danos, fez com que se relacionasse a mesma aos princípios da Gestalt-Terapia - uma linha de pensamento dentro da Psicologia.

Yontef (1998) coloca que os conceitos básicos do pensamento gestáltico são: a perspectiva fenomenológica, a teoria de campo, a perspectiva existencialista e o diálogo.

Da perspectiva fenomenológica, Ginger e Ginger (1995) referem-se que o mais importante não é estarmos atento ao *porquê* dos acontecimentos, mas sim ao modo como ocorrem. Entende que cada pessoa traça sua própria trajetória através do modo como experiêcia o mundo, tendo juízo de si mesma de acordo com suas vivências e não pautada por preceitos sociais. O trabalho na redução de danos mostra-se fenomenológico, ao valorizar a maneira como o uso de uma substância está sendo feito, entendendo-se que isso é mais importante do que dar uma explicação ao fato. Além disso, o trabalhador que atua de acordo com o pensamento da redução de danos aceita essa pessoa na sua singularidade, proporcionando à mesma um espaço de auto-aceitação e possibilitando que o usuário entre em contato com seu uso, responsabilizando-se pelo mesmo. Isso pode ser melhor explicado através da perspectiva existencialista e da teoria de campo.

Segundo Ginger e Ginger (1995, p.36), o existencialismo valoriza a singularidade de cada pessoa, a experiência individual, subjetiva. Além disso, a Gestalt-Terapia retém do existencialismo a importância dada à "responsabilidade de cada pessoa que participa ativamente da construção de seu projeto existencial e confere um sentido original ao que acontece e ao mundo que a rodeia, criando, inelutavelmente, a cada dia, sua relativa liberdade". A redução de danos entrega ao usuário do serviço a responsabilidade frente ao seu uso, sendo o mesmo capaz de traçar estratégias possíveis para a preservação de sua saúde.

A teoria de campo de Kurt Lewin, sob a ótica de Yontef (1998), refere-se ao campo como um todo, no qual as partes relacionam-se a todo o momento e reagem umas às outras, influenciando o que ocorre em outros lugares do campo. Essa idéia relaciona-se ao que já foi supracitado, de que o homem é influenciado pelo social, sendo ele fruto e produtor de mudanças em seu meio, ou seja, de seu campo vital. Isso nos remete ao triângulo necessário para que se estabeleça uma dependência, pois o ambiente em que a pessoa está inserida e a cultura imediatista de nossa sociedade podem ser facilitadores ao uso de substâncias.

Yontef (1998) ainda nos coloca que, para a manifestação de uma postura

existencialista, é indispensável que o diálogo venha através de um contato marcado por aceitação. Nesse diálogo deve haver inclusão, ou seja, o outro deve ser aceito por seus dados de existência, e não por padrões sociais.

Na prática da redução de danos pode-se falar no diálogo como sendo o fator principal de atuação. É através desse contato genuíno que a pessoa se sente acolhida e aceita na sua individualidade, proporcionando a inclusão desta nos serviços de saúde. É de fundamental importância que os trabalhadores da saúde sejam capacitados, a fim de aperfeiçoarem esse diálogo, essa escuta, para que possam estar transmitindo não só medidas de segurança à saúde, mas sim confiança, respeito e aceitação.

Tendo em vista as perspectivas comentadas, Costa (2002) relata que, no pensamento gestáltico, o indivíduo encontra-se doente no momento em que evita contatar com suas potencialidades de atualização, de transformação própria e do mundo. De acordo com essa visão, a pessoa não possui uma doença para ser curada; o que temos a fazer é proporcionar o resgate de suas possibilidades de expansão e de criação, assim como seu autoconhecimento, resultando em dar-se conta de sua existência, tendo melhores condições de pensar sobre os rumos que pretende seguir em sua vida. O importante de pensarmos na fala dessa autora é que a escolha está com a pessoa, o profissional que atua na redução de danos será um facilitador que estará ali para oferecer possibilidades à mesma, partindo de seu desejo, aceitando-a. Essa possibilidade de escolha faz com que a responsabilidade pelo tratamento recaia no próprio usuário.

Buscando compreender como se dá a inserção do conceito de redução de danos na rede pública de saúde e a implantação dos conceitos do SUS, realizei uma visita a um posto de saúde da cidade. Tal visita serviu-me para desmitificar o SUS, além de perceber o quanto de empenho e transformações são necessários para que tenhamos um atendimento igualitário e de qualidade a toda população. Devido a isso, percebe-se o quão importante é capacitar esses profissionais para o exercício das novas diretrizes do SUS.

Nessa experiência, foi possível visualizar dificuldades que já havia ouvido de vários profissionais da saúde, nas capacitações regionalizadas oferecidas pelo Centro de Referência em Redução de Danos. Ficou evidente as contradições desses profissionais, ao trabalharem com o que é possível, vendo fracassado o seu tradicional "ideal" de saúde. É possível observar um certo grau de frustração e impotência por parte desses profissionais, à medida que suas ações limitam-se às possibilidades e desejos dos usuários dos serviços, sendo impossível "salvar" as pessoas. As demandas dessas ultrapassam conceitos de saúde e distribuição de remédios, pois são frutos de todo sistema socioeconômico de nossa sociedade. Em virtude disso, trabalhar numa lógica de redução de danos significa ter de encarar frustrações e colocar o desejo da outra pessoa acima de qualquer preceito moral que se tenha.

A responsabilidade depositada no usuário nos faz refletir sobre a falsa idéia de que a redução de danos demanda menos comprometimento pessoal do que se o tratamento acompanhasse a lógica da abstinência. A partir do conhecimento adquirido no decorrer desse ano de estágio, pôde-se perceber que, à medida que demanda uma responsabilidade pelo uso e não retira o usuário de seu convívio social, a prática da redução de danos só ocorrerá se existir comprometimento por parte da pessoa que procura ajuda.



## Considerações finais

No que se refere à trajetória da redução de danos, percebe-se que a mesma, inicialmente, envolvia apenas a troca de seringas. Mas, com os avanços nas reflexões frente a essa prática, amplia-se esse conceito dentro do âmbito da saúde, visualizando-o como uma intervenção que visa trabalhar com as reais possibilidades da pessoa, respeitando seus desejos e limitações.

A partir disso, a redução de danos passou a ser uma questão de política de saúde pública e, como tal, responsável pelo cumprimento e aplicação das novas diretrizes do SUS. Nesse sentido, os profissionais da rede pública tiveram de confrontar-se com o paradigma da redução de danos.

Essa prática, ao passo que propõe que profissionais e usuários possam traçar um plano de tratamento juntos, de acordo com os objetivos do último, acentua sentimentos de frustração desses profissionais frente ao fato de não, necessariamente, "curar", mas sim de fazer o que é possível no momento, pondo em cheque tradicionais valores profissionais.

Outra questão que dificulta a aceitação da redução de danos pelos profissionais de saúde e pela sociedade em geral é a estigmatização que se faz do usuário de droga. Temos a tendência de procurar culpados para os problemas sociais, e, nesse contexto, o usuário de drogas carrega o rótulo da pessoa causadora da violência urbana e da desordem familiar. Essa é uma tentativa da sociedade de minimizar a complexidade dos problemas supracitados e de libertar-se de sua responsabilidade sobre os mesmos. Diante dessa realidade, trabalhar sobre a ótica da redução de danos requer assumir essa complexidade e visualizar sua responsabilidade frente aos problemas sociais da atualidade.

Apesar das dificuldades, a redução de danos amplia-se a cada dia. As pessoas estão sendo obrigadas a repensarem suas visões frente à realidade e às práticas de tratamento, em virtude dos freqüentes fracassos de ações embasadas em preconceitos e morais rígidas. Cada vez mais os serviços de saúde estão procurando ações que atendam às necessidades das comunidades em que atuam. Através desse processo, os profissionais da saúde vão percebendo que é apenas com a escuta e com a percepção da realidade do outro como diferente da sua que podem encontrar alternativas de trabalho. A redução de danos enquadra-se muito bem nesse contexto, à proporção que sugere que cada pessoa vivencie a realidade de forma diferente, sendo que as ações devem considerar essas diferenças, não sendo rígidas e estanques.

Acredito que muito se tem a avançar em relação ao entendimento do conceito de redução de danos, mas isso acontecerá à medida que for possível, de acordo com o momento de conscientização da sociedade.

## Concepto de Reducción de Danos: Una apreciación crítica

*Resumen:* El presente artículo tiene como finalidad hacer una síntesis general de la trayectoria de la reducción de daños. A través de mi vivencia de práctica en el Centro de Referencia en Reducción de Daños de la Escola de saúde pública del Rio Grande do Sul, percorri el histórico de

*la reducción de daños, su concepto inicial y los avances del mismo. Las reflexiones hechas llevaron la reducción de daños a dejar de ser solamente una práctica para reducir la contaminación de enfermedades, para volverse en un paradigma de trabajo. A partir de esta ampliación, la reducción de daños empezó a ser una política de salud pública, la cual se fundamenta debido a su importancia en la implantación de las nuevas directrices del Sistema Único de Saúde (SUS). Para esto, investigué varias publicaciones de autores que planteaban la cuestión de la reducción de daños, de la salud pública y de la sociedad.*

**Palabras clave:** *reducción de daños; salud pública; SUS.*

## **Damage Reduction concept : A critic appreciation**

**Abstract:** *The objective of this article is to show the damage reduction politics trajectory. This will be presented by the experience I got in my training on the Centro de Referência em Redução de Danos of the Escola de saúde pública from the Rio Grande do Sul State (Center of Reference in Damage Reduction). On this experience I passed through the history of damage reduction, the initial concept and it advances. Reflections where made and get the damage reducing to be more then a single way to reduce the diseases contamination, being a new working paradigm. Due the growth of the damage reducing concepts, its became a public health politics, it assumes its importance in the implantation of the new lines of direction in the Sistema Único de Saúde (Unique Health System). To reach my objectives I have researched in publications of authors that mentioned about the point of Damage Reducing, on the public health and in the society.*

**Key words:** *public health; damage reducing; SUS.*

## **Referências**

- BASTOS, F. I.; MESQUITA, F. **Troca de seringas:** debate, ciência e saúde pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.
- BASTOS, F. I.; KARAM, M. L.; MARTINS, S. M. **Drogas, dignidade e inclusão social:** a lei e a prática de redução de danos. Rio de Janeiro: ABORDA, 2003.
- BUCHER, R. **As drogas e a vida:** uma abordagem biopsicossocial. São Paulo: EPU, 1988.
- CONTE, M. Construindo uma política voltada à abordagem do uso indevido de drogas. **Divulgação em Saúde Para Debate.** Rio de Janeiro, n. 23, p.106 - 119, dez. 2001.
- COSTA, V. E. S. M. Reflexões sobre o processo de cura. In: ENCONTRO GOIANO DA ABORDAGEM GESTALTICA-RELAÇÃO DIALÓGICA: a cura pelo encontro, 8, **Revista**, 2002, p.14-16.
- GINGER, S.; GINGER, A. **Gestalt:** uma terapia do contato. São Paulo: Summus, 1995.
- LEAVELL, H. R., CLARK, E. G. **Medicina Preventiva.** São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- MARLATT, G. A. **Redução de Danos:** estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. (Org). **Drogas e AIDS:** estratégias de redução de danos. São Paulo: Hucitec, 1994.



PAES, P. C. Duarte. **Tá legal**: construindo uma política de redução de danos no estado de Mato Grosso do Sul, fronteira com a Bolívia. Campo Grande: Micruart, 2002.

QUEIROZ, I. S. de. Os programas de Redução de Danos como espaço de exercício de cidadania dos usuários de drogas. **Revista Psicologia**: Ciência e Profissão. São Paulo, n. 4, p.2 - 15, 2001.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Estado da Saúde. Escola de saúde pública. **Guia de redução de danos para trabalhadores da saúde**: subsídios para a abordagem em drogas e Aids. Porto Alegre, 2002, 29 p.

YONTEF, G. M. **Processo, diálogo e awareness**: ensaios em gestalt-terapia. São Paulo: Summus, 1998.