

Redução de Danos

Harm Reduction

Fábio Mesquita¹

Resumo

A política de guerra contra as drogas tem se mostrado completamente incapaz de conter o consumo e as consequências sociais e de saúde do consumo de drogas. Dentre as opções que vem tomando corpo e ganhando cada vez mais espaço, está a Política Pública de Redução de Danos. Este artigo mostra a história de sucesso desta política de Redução de Danos no Brasil e no mundo, não apenas sob a perspectiva do controle do HIV/aids, mas também como uma política pública humanitária e tolerante, que aceita a diversidade da humanidade.

Palavras-chave: Redução de danos no mundo; Guerra às drogas; Saúde; Aplicação da lei.

Abstract

The war on drugs has been shown to be completely unable to contain the consumption and the social and health consequences of the use of drugs. Among the options that has taken shape and gaining more and more space, is the Public Health driven Harm Reduction. This paper shows the success story of the Harm Reduction Policy in Brazil and in the world, not only from the perspective of the HIV/AIDS control, but mainly as a humanitarian and tolerant public policy that accepts the diversity of the humanity.

Keywords: Harm Reduction in the world; War on drugs; Health; Law enforcement.

Introdução

No dia 26 de novembro de 2019, a Câmara Municipal de Santos, por iniciativa da então Vereadora Telma de Souza, conduziu uma sessão de celebração dos 30 anos de Redução de Danos no Brasil. A celebração rememorava o lançamento público da proposta de troca de seringas para pessoas que injetavam drogas na cidade, feito durante o I Seminário Santista sobre Aids, em dezembro de 1989¹.

No mesmo ano de 1989, Telma de Souza estava em seu primeiro ano de mandato como prefeita do “Governo Democrático e Popular”¹¹ da Cidade de Santos e tinha um sanitarista bastante conhecido na história da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, o médico David Capistrano da Costa Filho, como Secretário Municipal de Saúde; e como coordenador do Programa Municipal da Luta Contra a Aids desta cidade, o autor deste artigo.

Naquele ano, Santos foi um dos municípios pioneiros no Brasil em estabelecer

¹ Fábio Mesquita (mesquitaberkeley@hotmail.com) é médico pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), Membro do Corpo Técnico da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Myanmar, como Líder do Time de HIV e Hepatites Virais e é Membro Honorário Permanente e Fundador da International Harm Reduction Association (em português, Associação Internacional de Redução de Danos).

¹¹ Representado pelo Partido dos Trabalhadores (PT).

programas municipais de aids e se destacou por medidas ousadas que incluíam: a distribuição de preservativos em toda a rede municipal do SUS, em ser a primeira cidade a adquirir, com recursos próprios, medicamentos antirretrovirais e, também, a primeira cidade a propor uma estratégia de Redução de Danos para conter o avanço da epidemia de HIV entre usuários de cocaína injetável, que eram, à ocasião, associados a 50% dos casos de aids da cidade².

Fomos na época, duramente atacados pelo Ministério Público de São Paulo, que utilizou a Lei no 6.388 de 1976 (vigente à época) para julgar a iniciativa, pressupondo que, ao distribuímos seringas para conter a epidemia de aids, estaríamos auxiliando e incentivando as pessoas a utilizar drogas ilegais (o texto da Lei dizia: “induz, instiga ou auxilia alguém a usar entorpecentes”) e, portanto, nos enquadrado no crime de tráfico de drogas, com possíveis penas de 3 a 15 anos de prisão³.

Nossa defesa, foi feita formal e voluntariamente por um advogado criminal especializado no tema^{III} e contou com outros apoios importantes no Parlamento, na mídia e também no Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CRM-SP).

O CRM-SP, por exemplo, entendeu que, em nosso juramento de médicos^{IV}, confirmava o dever de fazermos tudo o que a evidência científica demonstrasse importante para prevenir epidemias e disseminações de doenças, e isto nitidamente incluía distribuir seringas para pessoas que injetavam drogas para evitar o seu compartilhamento, causa da transmissão do HIV e de várias outras doenças transmitidas pelo sangue.

Este episódio, teve uma série de consequências, algumas negativas e outras positivas:

- a pior das consequências, foi a postergação da implementação da estratégia na Cidade de Santos por alguns anos – posteriormente implementada pela organização não governamental (ONG) Instituto de Estudos e Pesquisas em Aids de Santos (IEPAS);

- como consequência positiva, o episódio “abriu a porta” para um amplo debate nacional sobre do tema, que gerou, dentre outras consequências, a discussão e aprovação da Lei nº 9.758, do então deputado estadual por São Paulo, Paulo Teixeira (do Partido dos Trabalhadores), e a sua promulgação, pelo então governador Mario Covas (do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), no dia da abertura da Conferência Internacional de Redução de Danos em São Paulo^{V,4}.

- também facilitou para que a Bahia, governada, então, por Antônio Carlos Magalhães, em 1994, sob o comando do médico e grande ativista de Redução de Danos, Tarcísio Andrade, implementasse de fato o primeiro programa de troca de seringas no Brasil no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA)⁵. Embora não formalmente legal, o Programa foi tolerado e seguiu com extremo sucesso.

- mas, certamente, a mais importante de todas as consequências, foi que a iniciativa abriu o debate sobre as estratégias de como melhor lidar com o problema da dependência de drogas de outra forma que não fosse a repressão e/ou a abstinência, como únicas opções⁶. Reduzir os danos era uma proposta mais objetiva e pragmática, visto que considerando ser o comércio ilícito de drogas o terceiro maior produtor de riquezas no planeta, não havia como se iludir de que ele acabaria com políticas públicas toscas e

^{III} Alberto Toron, ex-presidente do então Conselho Estadual de Entorpecentes do Estado de São Paulo.

^{IV} No caso, meu juramento e do David Capistrano.

^V Única da história, realizada no Brasil, e que tive a honra de presidir,

fracassadas, como a “guerra contra as drogas”.

A política proibicionista começou no início século passado e foi ganhando grande dimensão com o passar dos anos. Mas, sem dúvida, o marco histórico mais importante foi quando os Estados Unidos da América (até hoje o maior consumidor de drogas ilícitas do mundo) decretou a “guerra contra as drogas”, no governo do então Presidente Richard Nixon, em 1971⁷.

Associada a ela, estratégias fracassadas foram sendo implementadas, como a “Diga Não às Drogas”. Avaliadas por diversos estudos científicos⁸⁻¹⁰ a estratégia de repressão e de proibição se mostrou bastante improdutora e incapaz de impactar o uso recreativo de drogas, o uso indevido e as consequências socioeconômicas e para a saúde do uso, tais como: marginalização, exclusão social, preconceito, overdoses, dependência, HIV, hepatite C, dentre outras.

As políticas públicas sobre drogas, desde o decreto da “guerra contra as drogas”, estão sendo conduzidas com estratégias ineficientes, com omissão do Estado, ou, ainda, sob controle do crime organizado.

Muitos países no mundo, observando e analisando estas consequências ao uso de drogas e principalmente as consequências das equivocadas políticas públicas sobre drogas, resolveram adotar estratégias alternativas, sendo a mais amplamente aceita a estratégia de Redução de Danos.

Este artigo descreve um pouco da minha observação de como se desenvolveu a política de Redução de Danos no Brasil e no mundo^{VI}.

Redução de Danos no Brasil

Depois do “pontapé inicial” do lançamento da Redução de Danos no campo de controle do HIV e hepatite C como política pública da Cidade de Santos, em 1989, e do sucesso das estratégias adotadas pelo CETAD/UFBA e da lei do Deputado Paulo Teixeira, aprovada em São Paulo, em 1997, o Governo do Brasil desenhou, através do Programa Nacional de Aids, um primeiro financiamento nacional para ampliar as estratégias de limpeza e troca de seringas, *outreach work*, e promoção de Redução de Danos para controlar o crescimento do HIV entre pessoas que usavam drogas injetáveis.

Na época, como consultor do Ministério da Saúde, fui encarregado de escrever o capítulo do projeto do Banco Mundial dedicado à Redução de Danos, e estabelecemos uma parceria com *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), que, pela primeira vez globalmente, mergulhou e apoiou um projeto desta natureza. Até então, esta Organização da ONU era tida como uma importante aliada da estratégia de “guerra contra as drogas”, apesar de hoje ser uma das agências mais ativas globalmente na promoção de Redução de Danos. Este financiamento foi feito para um amplo projeto de controle da epidemia de HIV/aids, financiado por um empréstimo do Banco Mundial¹¹.

O Ministro da Saúde, na época, Adib Jatene, e a Coordenadora do Programa Nacional de Aids, a biomédica Lair Guerra de Macedo Rodrigues, foram duas pessoas-chave na conquista dos recursos e na aprovação de medidas extremamente arrojadas para a implementação de todo o projeto. Hoje, olhando para a história de sucesso da resposta brasileira na luta contra a epidemia de HIV, verifica-se que este foi um momento histórico-chave que desenhou a base do controle da epidemia, com um ótimo custo-benefício

^{VI} As opiniões expressadas neste texto são parte da experiência do autor como profissional de saúde e não representam as opiniões da OMS.

do uso dos recursos do empréstimo do Banco Mundial.

No campo específico de Redução de Danos, a partir daí, vários projetos, no país, começaram a ser implementados e a distribuição de seringas passou a ser um procedimento padrão na prevenção do HIV, mais tarde incorporado também na prevenção de hepatite C.

Duas entidades muito importantes surgiram desta estratégia e foram fundamentais para manter o tema na pauta: a Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA), fundada em 1997, e a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC), fundada em 1998.

No meio acadêmico o tema também progrediu com o apoio de centros de excelência em políticas públicas sobre drogas, como o já mencionado CETAD/UFBA, o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) e o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em São Paulo, além da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), dentre outros, jogaram um grande papel no suporte ao desenvolvimento da estratégia no país.

A Redução de Danos demorou um pouco para ir se firmando como uma alternativa de política pública no Brasil para além do campo do HIV e das doenças de transmissão sanguínea, mas neste campo avançou bastante, com dimensão nacional e de grande impacto no tratamento de dependência de drogas baseado em evidências científicas. Com base nisso, houve a criação e incrível expansão dos Centros de Apoio Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPSad)¹².

Os CAPS haviam sido inaugurados na gestão municipal de Santos, quando Telma de Souza era Prefeita e David Capistrano o Secretário Municipal de Saúde. O médico Roberto Tikanoiri, como Coordenador de Saúde Mental à época,

coordenou a sua criação.

Essa implementação sucedeu a regulamentação dos CAPS em nível nacional, em 1992, pela gestão do Presidente Itamar Franco; após isso, as gestões de Fernando Henrique Cardoso e de Luís Inácio Lula da Silva fizeram uma tremenda expansão de sua rede em todo Brasil. Muitos dos CAPSad se engajaram na lógica de Redução de Danos, por oferecem tratamento nesses centros sem a opressão aos pacientes outrora obrigados à abstinência, possibilitando a oferta de alternativas muito mais interessantes, como os consultórios de rua. Posteriormente as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) foram implantadas e ajudaram a expandir e organizar melhor Saúde Mental no Brasil. Porém, desde o final do Governo da Presidenta Dilma Russef, quando foi nomeado o coordenador de Saúde Mental Valencius Wurch Duarte Filho, a área vem sendo atacada por setores que se opõem aos princípios da Reforma Psiquiátrica e dos Direitos Humanos em Saúde, incluindo aí a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), com sua atual diretoria conservadora, e também pelas Comunidades Terapêuticas de origem religiosa, principalmente as cristãs fundamentalistas¹³.

Várias outras ações isoladas poderiam ser apresentadas como exemplos positivos de Redução de Danos que ocorreram no Brasil, para além do controle da epidemia de aids. O projeto Baladaboa, por exemplo, se mostrou um bom modelo de como reduzir os danos à saúde das drogas utilizadas em baladas eletrônicas, particularmente o ecstasy ou outras metanfetaminas. Esta iniciativa foi lançada em São Paulo no ano de 2004^{VII}, baseada na experiência de sucesso obtida na Holanda e, na Cidade de São Paulo, o projeto contou com o financiamento da Fundação

^{VII} Pela estudante Stella Pereira de Almeida, da pós-graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Como um projeto bastante pragmático¹⁴, capaz de salvar vidas, era feita a orientação às pessoas que usavam drogas nas baladas eletrônicas, incentivando-as a tomar grande quantidade de água a fim de prevenir a overdose que, embora quase ninguém saiba, acontece sempre associada à desidratação.

Na sequência, o deputado do Estado de São Paulo Simão Pedro e a vereadora da Cidade de São Paulo, Soninha Francine, transformaram em lei^{VIII} a obrigatoriedade de colocação de bebedouros com água em todas as casas noturnas da cidade, para que as pessoas que usem drogas possam ter acesso à água gratuitamente. Na época em que as leis foram aprovadas e implementadas, um copo de água mineral nas casas noturnas custava o mesmo que uma garrafa de cerveja, o que levava as pessoas a beberem cerveja ao invés de água, o que aumentava a desidratação, já que cerveja é um produto diurético, o que conseqüentemente potencializava o risco de overdose.

Projetos como os da ONG É de Lei, de São Paulo, foram também muito importantes e bastante efetivos. A ONG distribuía com sucesso cachimbos para usuários de crack a fim de evitar a contaminação pela hepatite C e outras doenças, além de prevenir queimaduras graves nos lábios.

Mais tarde, algumas prefeituras progressistas retomaram as lideranças do Poder Municipal na solução dos problemas relacionados ao uso indevido de drogas. Tivemos excelentes exemplos em São Bernardo do Campo, Recife e São Paulo. Mas, vou me ater no Projeto da Prefeitura de São Paulo, o Projeto “De Braços Abertos” que acompanhei mais de perto enquanto estive no Ministério da Saúde como Diretor do

Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, entre 2013 e 2016.

O Projeto “De Braços Abertos”¹⁵ tomou dimensão internacional pelo seu modo de lidar com o problema do uso de drogas e devido ao seu grande sucesso. Seu foco principal eram os usuários de crack, a maioria deles frequentadores da chamada “Crackolândia”, localizada no centro da cidade de São Paulo. O projeto tinha um componente de saúde bastante importante, mas também previa garantia de moradia (em hotéis do centro da Cidade de São Paulo) e emprego aos usuários frequentadores do projeto, tendo, portanto, uma abrangência psicossocial muito relevante e que mudou a forma de pensar sobre como os danos deveriam ser de fato, reduzidos.

Na época a Secretaria Nacional de Políticas de Drogas (SENAD), propôs uma extensão deste projeto para vários municípios brasileiros, o que se concretizou parcialmente e lamentavelmente se encerrou com o fim do Governo de Dilma Roussef, depois do impeachment de seu mandato¹⁶.

Depois do Governo Temer e, mais recentemente no Governo atual^X, a prática da Redução de Danos vem sendo atacada e chegou a ser excluída como parte da Política Pública de Drogas do país, pelo então Ministro da Cidadania Osmar Terra¹⁷. No entanto, esse boicote subestimou o alcance da expansão de Redução de Danos em diversos rincões do Brasil em todos estes anos, desde 1989, tornando tal decisão inútil do ponto de vista concreto.

Redução de Danos pelo Mundo

A Redução de Danos, no mundo, teve sua história e perspectiva bem mais ampla do que o controle do HIV, embora tenha também contribuído muito para isto.

^{VIII} Lei nº 12.637, de 06/07/2007 e Lei nº 14.724, de 15/05/2008, respectivamente.

Em 1996, eu já fazia parte de um grupo de ativistas internacionais reconhecidos em nível mundial, que tomou a dianteira desse trabalho em escala mundial. Juntos, fundamos a *International Harm Reduction Association* (IHRA), em português Associação Internacional de Redução de Danos, que até hoje cumpre um dos papéis mais relevantes em ajudar a implantar, implementar e promover as ações de Redução de Danos no mundo^{x,18}.

Essa Organização foi formalmente lançada em 1996 durante a 7ª Conferência Internacional de Redução de Danos, realizada em Hobart, na Tasmânia, Austrália. Seu maior objetivo era o de formar uma rede global de ativistas que, em diversas partes do mundo, defendessem estratégias de Redução de Danos e participassem de decisões governamentais (ou de pessoas da Sociedade Civil Organizada, incluindo ONGs) de como implementá-las. Esta troca de experiências entre pares foi fundamental para o desenvolvimento da Política Global de Redução de Danos, desde então.

Nesta época, já tínhamos experiências bem sucedidas em distribuir seringas para reduzir a infecção de doenças das pessoas pelo compartilhamento de seringas usadas coletivamente. Essa iniciativa teve início na Holanda, em 1982, para controlar a disseminação de hepatites virais entre pessoas que usavam drogas injetáveis (geralmente heroína) e depois se tornaram uma estratégia global, que futuramente seria adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como a forma mais efetiva de se controlar a disseminação de HIV e Hepatites Virais entre pessoas que injetam drogas¹⁹.

Ainda neste campo, surgiram propostas importantes de *outreach work*, de suporte entre

pares que injetavam drogas, e de prevenção de overdoses entre outras medidas-chaves. Mais amplamente a Redução de Danos foi desenvolvendo outras dimensões, como as salas de uso seguro de drogas (em países como Canadá, Austrália, Suíça e outros); o plantio nacional de macocha por alguns países (como Canadá e Uruguai); a autorização para a produção caseira de macocha por outros (como Espanha e Holanda); os *coffee-shops* holandeses; a política para “drogas da noite” – quase sempre LSD ou metanfetaminas – do governo holandês, que oferece carona para casa numa *van* pública, de forma a garantir o “usou, não dirija” de maneira concreta; os *drop-in centers*; e as clínicas de terapia de substituição que existem em vários países do mundo.

Para detalhar como funcionam algumas destas alternativas, falarei mais sobre elas. As salas de uso seguro são um ótimo exemplo; nelas o Estado compra e distribui a droga da qual a pessoa é dependente e o consumo é feito em um lugar seguro e com todo o aparato de saúde à disposição do usuário; ao mesmo tempo, a qualidade da droga é controlada, evitando graves intoxicações por drogas “batizadas”, e conta-se ainda com todo o aparato necessário para conter overdose e prevenir a transmissão de doenças por via sanguínea; a pessoa não se submete a traficantes, não tem de enfrentar a polícia, a corrupção, o crime organizado e todas as outras mazelas do uso ilegal e sua dependência é administrada pelo setor Saúde. Essas salas funcionam de maneira extraordinária com o uso de heroína e poderiam certamente ser implementadas para drogas como a cocaína em todas as suas formas de administração.

Outra alternativa mencionada e muito usada pelo mundo todo, são os *drop in centers* (podendo ser traduzido como “locais de acolhimento”). Neles, os usuários podem passar o dia

^x Sou muito grato pelo privilégio de estar no grupo de fundadores e ser o primeiro vice-presidente dessa valiosa entidade.

e lá tomar banho, comer, assistir televisão, ler, passar o tempo com jogos de tabuleiro e acessar a Internet. É um local acolhedor, que funciona das sete horas da manhã às dez da noite, com portas sempre abertas à população atendida. Aonde estes locais de acolhimento funcionam, a polícia não chega perto, a fim de não inibir a procura pelos usuários. São como espaços de proteção para as pessoas que usam drogas e tornam-se portos-seguros para aqueles que foram socialmente excluídos, seja das escolas, das famílias, dos empregos ou de outras formas de convivência social. É um local em que podem passar o dia e recuperar uma importante parte da dignidade perdida.

A metadona, um medicamento sintético foi inicialmente desenvolvida como analgésico a base de ópio, durante a II Guerra Mundial na Alemanha nazista e registrada neste país, como um medicamento sintético, em 1941. Utilizada como medicamento de substituição da heroína, teve clínicas de terapia utilizando esta técnica criadas em meados do século XX e, com a evolução tecnológica, passou a ser produzida pela indústria farmacêutica²⁰. Há, ainda, serviços que tratam os pacientes também com buprenorfina ou até com a própria heroína, este último procedimento é menos comum. As clínicas de metadona atendem milhares de pacientes e têm 70% de sucesso no tratamento de dependência de heroína, uma taxa de sucesso que não foi possível atingir em nenhum outro tratamento de dependência de drogas lícitas ou ilícitas (incluindo álcool e o tabaco). Comum na América do Norte, na Europa e na região onde eu atualmente atuo, a Ásia, o tratamento de dependência de heroína utilizando metadona tem um tremendo sucesso em lugares como Hong Kong (onde foram estabelecidos os primeiros serviços na região), Vietnam, China, Indonésia, Malásia e aqui em Myanmar.

Poderíamos citar inúmeras alternativas protetoras, mais racionais e mais eficientes que se desenvolveram pelo mundo adentro para resolver essa questão, situações em que o Estado, e não o crime organizado e/ou a religião, cuidam das pessoas que usam drogas.

Sem dúvida, uma das políticas públicas mais bem sucedidas e que passou por inúmeras avaliações externas é a de Portugal²¹. Com uma legislação pragmática e eficiente, em 2001 Portugal foi o primeiro país no mundo a descriminalizar a posse e o consumo de todas as substâncias e a tratar a dependência de drogas como um problema de saúde e não como um crime. O porte de drogas em uma quantia que seja razoável para consumo próprio – quantia claramente estabelecida na legislação – é considerado apenas como uma infração administrativa e punido desta forma. A pessoa sofre uma advertência, uma multa ou é obrigada a comparecer a uma comissão local composta por médico, advogado ou assistente social e assim receber orientação sobre tratamento, Redução de Danos e serviços de apoio disponíveis para o dependente.

Consideração final

Enfim, não é preciso reinventar a roda para se ter políticas públicas sobre drogas mais próximas da necessidade do cidadão. Uma adaptação em algumas das políticas públicas de Redução de Danos que estão tendo resultados positivos em todo o mundo, já seria um grande passo a frente, no caso do Brasil.

Referências

1. Carvalho HB, Mesquita F, Massad E, Bueno RC, Lopes GT, Ruiz MA, Burattini MN. HIV and Infections of Similar Transmission Patterns in a Drug Injectors Community of Santos, Brazil. *Journ. Acquir. Imm. Defic. Syndr. Human*

- Retrov. 1996; 12(1): 84-92.
2. Mesquita F. Perspectivas das estratégias de redução de danos no Brasil. In: Mesquita F, Bastos FI. (orgs.). *Drogas e aids: estratégias de Redução de Danos*. São Paulo: Hucitec; 1994. pp.169-180.
 3. Ribeiro MM. *Drogas e redução de danos: análise crítica no âmbito das ciências criminais*. [Tese]. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2012.
 4. Laurindo-Teodorescu L, Teixeira PR. *Histórias da aids no Brasil, 1983-2003: as respostas governamentais à epidemia de aids*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. v.1.
 5. Andrade TM. *Redução de danos: um novo paradigma?* In: Almeida AR, Nery Filho A, Macrae E, Tavares LA, Ferreira OS. (orgs.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo*. Salvador: EDU/UFBA; 2004.
 6. Passos EH, Souza TP. *Redução de danos e saúde pública: construções alternativas a política global de "guerra às drogas*. *Psic.& Soc.* 2011; 23(1):154-162.
 7. Mesquita F. *Aids entre usuários de drogas injetáveis na última década do século XX, na região metropolitana de Santos, Estado de São Paulo - Brasil*. [Tese]. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2001. (on line). [acesso em: 30 set 2020]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-31032020-110246/pt-br.php>
 8. Ennet ST, Tobler NS, Ringwalt CL, Flewelling R. *How effective is drug abuse resistance education? a meta-analysis of project dare outcome evaluations*. *Amer Journ Public Health.* 1994; 84:1394-1401.
 9. Wysong E, Aniskiewicz R, Writh D. *Truth and DARE: tracking drug education to graduation and as a symbolic politics*. *Social Problems.* 1994. 41:3-34.
 10. Drucker E. *Drug prohibition and Public Health: 25 years of evidence*. *The Drug Policy Letter.* 1999; 1-18.
 11. World Bank. *Stemming the HIV/aids epidemic in Brazil*. Whashington; 2002.
 12. Miliauskas CR, Faus DP, Junkes L, Rodrigues RB, Junger W. *Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil*. *Ciênc. Saud. Col.* 2019; 24(5):1935-1944.
 13. Conselho Federal de Psicologia (CFP). *Manifestantes da luta antimanicomial ocupam Ministério de Saúde*. (on line). 15 dez 2015, 10:05hs. [acesso em: 30 set 2020]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/manifestantes-da-luta-anti-manicomial-ocupam-ministerio-de-saude>
 14. Mesquita F, *A perspectiva de Redução de Danos*. São Paulo: Instituto Brasileiro de Ciencias Criminais (IBCC); 2012.
 15. The Transnational Institute (TNI). *Crack cocaine is king in Brazil. what Sao Paulo is doing about it*. The Netherlands; abr 2014.
 16. Brasil. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Crack e exclusão social*. Brasília; 2016.
 17. Folha de Sao Paulo. *Nova politica de drogas exclui redução de danos*. São Paulo; 12 abr 2019.
 18. International Harm Reduction Association (IHRA). *Historico de Fundação da International Harm Reduction Association*. (on line). [acesso em: 30 set. 2020]. Disponível em: <https://www.hri.global/about>
 19. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Genebra; 2016.
 20. Organização Mundial de Saúde Europa (OMS – Euro). *How to improve opioid substitution therapy implementation*. Copenhagen; 2014.
 21. Cabral TS. *The 15th anniversary of the portuguese drug policy: its history, its success and its future*. *Drug Scienc. Pol. Law.* jan 2017. (on line). [acesso em: 30 set 2020]. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2050324516683640>