

# Redução de danos: um novo paradigma?

Tarcísio Mattos de Andrade<sup>1</sup>

## Introdução

*Não se pode falar de redução de danos (RD) como um novo paradigma. Não se trata de uma prática nova. Seus princípios também não são recentes, mas tendem a se constituir num amplo modelo de abordagem do uso e abuso de drogas. Apesar de ter ganhado visibilidade na década de oitenta, como uma prática de prevenção à hepatite e à AIDS, entre usuários de drogas injetáveis (UDI), na Europa, na Austrália e nos Estados Unidos, as primeiras medidas de RD vêm de 1926. As recomendações do Relatório Rolleston – daí o nome dado ao prêmio oferecido a cada Conferência Internacional de RD, a um técnico estrangeiro e a um técnico do país que sedia a conferência, por terem se destacado nas ações de RD – ao governo inglês eram de que opiáceos fossem prescritos pelos médicos clínicos para os dependentes dessas drogas como forma de ajudá-los a levar uma vida mais estável e socialmente útil.*

*Redução de Danos não é um conceito de consenso na literatura ou entre os técnicos que o operacionalizam; entretanto, é de fácil definição a partir de suas práticas: trata-se de ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômico-provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias. Tais ações se orientam por três princípios básicos: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade.*

*A redução de danos é pragmática porque é uma prática de objetivos claros, como o de prevenir a infecção pelo HIV e outras doenças de transmissão parenteral entre UDIs através da provisão de equipamentos estéreis de injeção. E, quando contestada à luz da moral, da religião e do preconceito, mantém-se firme como prática de saúde pública, cujo objetivo maior é preservar a vida de milhares de pessoas expostas a estas infecções durante o ato de consumir drogas ou devido aos estados alterados de consciência por elas propiciadas, e que não desejam, ou se desejam não conseguem, através dos recursos habitualmente disponíveis, abandonar o seu consumo.*

*Na tolerância está um princípio fundamental de RD que é o do respeito aos usuários de drogas pelo direito às suas drogas de consumo. Direito este, algumas vezes, resguardado na própria legislação em vigor, mas interdito pelo preconceito e pela atenção excessivamente focada na repressão às drogas ilícitas, os quais de certa forma dão respaldo às arbitrariedades cometidas contra usuários de drogas, mesmo em culturas onde a legislação vigente, em momento algum, proíbe ao indivíduo o uso pessoal de qualquer produto e/ou substância ainda que supostamente lhe sejam nocivos, como é o caso da Legislação Brasileira e de muitos outros países. A diversidade inclui as diferentes práticas de RD em função das múltiplas possibilidades entre as populações de usuários, dos recursos técnicos possíveis e disponíveis e das diferentes drogas de usos/abuso por parte dessas populações. Deste modo, as práticas de RD incluem troca de seringas usadas por novas, uso de hipoclorito de sódio para limpeza de agulhas e seringas usadas, ações dos agentes comunitários de saúde ou redutores de danos, como são chamados no Brasil, salas de tolerância (espaços onde o uso de droga é permitido e se fazem os cuidados de prevenção) terapia de substituição de uma droga por outra com menos consequências negativas para a saúde, e a prescrição da própria droga de consumo, em serviços públicos que, além de oferecer a droga de forma gratuita – o que evita a intermediação do tráfico e todas as suas consequências – propicia condições seguras e protegidas de uso. Estes são serviços que por sua natureza se constituem num meio de educação para autocuidados com a saúde. Outros exemplos de*

*ações de RD são as medidas de segurança diante do consumo de bebidas alcoólicas, como a utilização de bebidas com menores teores de álcool, a inclusão, entre os passageiros de um mesmo veículo, de alguém que não beba e possa dirigir em segurança, nas ocasiões em que o consumo de álcool habitualmente acontece, e também o uso de substitutos de cigarros, como os adesivos de nicotina. O próprio uso do cinto de segurança nos automóveis é um bom exemplo de RD, cujo objetivo é preservar a vida e minimizar traumatismos durante os acidentes automobilísticos, os quais, na maioria das vezes, decorrem do fato de se dirigir de forma perigosa.*

*Apesar da diversidade das práticas de RD, os seus avanços e inclusão entre as políticas públicas de prevenção à AIDS em vários países – com o crescente apoio das Organizações Internacionais, algumas vezes premidas pelo rápido, quase relâmpago, aumento da prevalência de HIV entre UDI e destes para outros segmentos da população, sobretudo entre as mulheres, vivendo em regiões socialmente pouco favorecidas – fazem com que ainda hoje o conceito de RD esteja preso ao uso de drogas injetáveis, sendo mesmo, às vezes, reduzido à troca de seringas e agulhas.*

### Prevenção de Danos: uma nova estratégia de saúde para o uso/abuso de drogas

*Em relação ao uso de drogas ilícitas, como é compreendido, em diversas culturas, as pessoas fazem parte de um universo dividido por uma linha imaginária que separa, de um lado, os que não usam drogas (“os bons”), e do outro os usuários de drogas (“os maus”), rotulados de drogados, viciados, marginais, e socialmente excluídos. Os não usuários são protagonizados, sobretudo pelas crianças e pelos adolescentes, para os quais estão voltadas todas as atenções e a proteção da sociedade no sentido de que não sejam alcançadas pelo “mundo das drogas”. São eles ideais de inocência e de fragilidade que, a qualquer momento, podem ser vitimados pelas más companhias e pelos traficantes.*

*Para estas crianças e jovens, sonha-se com um mundo sem drogas. Pintam-se as drogas ilícitas como a representação do demônio, atribui-se a elas poderes e efeitos para além de suas possibilidades farmacológicas, e difunde-se que elas são todas terrivelmente iguais em suas capacidades de causar dependência.*

*Comete-se a irresponsabilidade de, ao se divulgar esta mentira entre os jovens, estes, por se sentirem capazes de fazer uso controlado de drogas como a maconha, concluam que se trata de uma mentira generalizada e passem ao consumo de outras drogas como crack e cocaína, cujo consumo controlado é sabidamente mais difícil.*

*O consumo de drogas reproduz o mito de Adão e Eva, onde agora a maçã que os faz expulsos do paraíso é a droga ilícita, às vezes um cigarro de maconha parcialmente utilizado. Experimentar um cigarro de maconha se constitui um ato cujas vicissitudes não se pode prever, é verdade, mas que na maioria das vezes não volta a se repetir ou, se acontece, é de forma temporária e sem maiores repercussões na vida pessoal. Impressiona como o mesmo adolescente que antes era alvo de toda atenção e cuidados, ao ser descoberto como usuário de drogas ilícitas, torna-se aos olhos da sociedade a personificação do mal e destituído de valor.*

*Redução de Danos e seus princípios – e por conseqüência os técnicos que deles se ocupam – por estarem posicionados ao lado dos usuários de drogas, estão com eles situados do mesmo lado da linha imaginária acima referida, o da exclusão. Além disso, os números relacionados à prevenção primária, ou seja, aquela voltada para os que não usam drogas, são expressos em grandes cifras, fala-se em milhares, milhões de pessoas alcançadas por treinamentos e sensibilizações; enquanto em relação a RD os números são bem mais modestos, fala-se de dezenas, centenas de usuários de drogas alcançados pelo trabalho face a face, nas comunidades e nos pontos fixos de prevenção. Em RD, o que se tem de mais expressivo são as seringas trocadas entre UDIs, as quais, em alguns países, chegam aos milhões, o que, no imaginário popular, pode ser interpretado tanto do lado da eficiência dos Programas de Trocas de Seringas (PTS) como da grande dimensão do problema e da sua continuidade, quando no fundo o que se sonha é com um mundo sem drogas, onde nada disto seja necessário.*

*Ainda do lado da prevenção primária, estão as ações executadas em ambiente limpos, confortáveis, na proteção intramuros das instituições; enquanto do lado de RD estão ações destinadas a pessoas arredias, desconfiadas e socialmente machucadas, desenvolvidas em ambientes pobres, sujos, muitas*

*vezes violentos e inseguros, onde o que fora planejado pode mudar a qualquer momento, seja pelos movimentos e tensões relacionados aos próprios usuários e/ ou aos integrantes do tráfico de drogas, seja pelas intervenções externas perpetradas pela polícia em suas ações repressivas, muitas vezes violentas, em nome do combate ao tráfico. Além do mais, ao compararmos os dois lados dessa linha, para prevenção primária os recursos financeiros são muito maiores e mesmo ilimitados, tudo é possível para alimentar o sonho de um mundo sem drogas; en- quanto para os usuários de drogas, em sua exclusão e representação social indesejável, os recursos são quase sempre muito limitados e aquém das necessidades.*

*A partir das considerações acima e tomando-se o fato de que troca de seringas, embora importante, é apenas uma das estratégias de RD, assim como os UDI é apenas uma das populações a que estas práticas se dirigem, e ainda, considerando-se a expansão das práticas de RD a outras formas de consumo e populações de usuários de drogas, o autor propõe a integração dos princípios e práticas de RD à prevenção primária do uso de drogas, em ações desenvolvidas conjuntamente sob a denominação de Prevenção de Danos.*

*Trata-se de um conceito que rompe a drástica separação entre usuários e não usuários de drogas, atribuindo a ambos igual juízo de valor enquanto merecedores de cuidados com a saúde e suporte social. As ações para uma dada população-alvo, a exemplo das comunidades mais vulneráveis ao uso/abuso de drogas e seus efeitos nocivos à saúde, passam a ser ações integrais e alcançam tanto os não usuários para os quais são destinadas as medidas de prevenção primária, como os usuários para os quais são destinados os cuidados com a saúde, comprometida ou sob risco devido ao uso/ abuso de drogas. Para os familiares e instituições será destinado o suporte necessário à adequada implementação dessas ações. Estas ações, desenvolvidas de forma integrada, carregam consigo a preocupação com os que não se iniciaram no consumo de drogas, no sentido de que não o façam ou se o fizerem que o façam em segurança. Para os já iniciados, em lugar da exclusão, a mesma atenção e cuidados dispensados na prevenção primária aos não usuários, mas desta vez*

voltados para pessoas que já consomem drogas, portanto, tendo como base os princípios de RD.

*Esta proposta toma em consideração uma observação cotidiana de que em parte o que se apresenta como preconceito e motivo de exclusão se deve ao fato de a sociedade, e mesmo os técnicos que lidam com prevenção primária, não saberem o que fazer com os que já iniciaram o uso de drogas. Parece tratar-se de pessoas estranhas, verdadeiros “marcianos”, que por isto mesmo demandam a intervenção de técnicos especializados. Com a integração dos cuidados dispensados a usuários e não usuários, a Prevenção de Danos estará propiciando a percepção de que os usuários de drogas são pessoas iguais às outras, exceto pela particularidade do seu consumo de drogas. Além do mais, estas ações integradas carregam consigo outros importantes efeitos, como o de reduzir a rotulação sobre os usuários de drogas e o de integrar as ações de RD a um universo muito maior de recursos financeiros do que os atualmente a elas destinados.*

### A expansão dos princípios de Redução de Danos a outras áreas do conhecimento

*O respeito ao direito dos usuários de drogas às suas drogas de consumo e o desenvolvimento de ações preventivas orientadas na especificidade das demandas de cada população de usuários fazem dos princípios de redução de danos um modelo em potencial para ações desenvolvidas em outras áreas do conhecimento.*

*A progressiva substituição da transmissão vertical do saber, dirigida do professor para o aluno, pela construção do conhecimento com base na demanda dos alunos e nas possibilidades individuais de cada um, como preconiza o referencial da teoria construtivista, aproxima os princípios de RD da moderna pedagogia. Nesta perspectiva, tanto em RD como em pedagogia, a palavra conscientizar só faz sentido na voz reflexiva “conscientizar-se”, onde ao professor ou ao técnico em RD cabe o papel de facilitador das ações implementadas, sejam elas a aquisição do conhecimento ou a preservação da saúde, entre os usuários de drogas. Se o professor moderno é o que introduz o aluno no labirinto do conhecimento, o técnico em RD é o que propicia ao usuário de drogas a prevenção possível em lugar da prevenção idealizada.*

*Na prática médica, os princípios de RD constituem a expressão genuína daquilo que rege uma boa relação médico-paciente. Na atualidade, a verdadeira relação médico-paciente está comprometida à medida que o paciente é sempre visto pelo médico na perspectiva do homem são, que precisa ser recomposto em sua saúde, livrando-se, a todo custo, de suas enfermidades. A enfermidade, portanto, se constitui em algo não aceito e pouco valorizado, embora paradoxalmente toda atenção esteja voltada para ela, em detrimento do homem enfermo. O reconhecimento do direito do paciente à suas doenças, à semelhança do que ocorre com o uso de drogas, é a forma possível de se estar no mundo – bem como o reconhecimento de que o resultado das intervenções terapêuticas, sejam elas cirúrgicas ou farmacológicas, mas que um ato verticalmente determinado deve ser fruto de uma participação conjunta entre o médico e o doente, tornaria mais fácil e eficaz o ato médico. Neste particular, sobretudo no que diz respeito ao reconhecimento dos direitos da pessoa-alvo da atenção médica, a RD se aproxima dos modernos conceitos da Bioética.*

*Com base nos princípios de redução de danos, certamente a psiquiatria seria menos intervencionista e prescrever-se-iam menos neurolépticos, preservando-se mais a autonomia dos pacientes; os gastroenterologistas seriam mais condescendentes com seus pacientes alcoolistas e acatariam de melhor grado a redução do consumo ou a troca de bebidas mais fortes por outras de menores teores alcoólicos, em detrimento da proibição intransigente do ato de beber o que, não incomum, resulta em disfunção da relação médico-paciente e abandono de tratamento. Haveria também menos septicemia e menos tétanos ceifando a vida de milhares de mulheres jovens que, em várias partes do mundo, optam por práticas clandestinas, dada a ilegalidade do aborto.*

*Os cuidados com a saúde e outros suportes oferecidos aos usuários de drogas no âmbito das ações de RD trazem à percepção social os seus direitos de cidadãos, contribuindo para minimizar a exclusão social de suas práticas e, por consequência, deles próprios. Neste mesmo sentido, estão as negociações com a polícia para a continuidade das ações de RD em condições de segurança para técnicos e usuários, sobretudo em áreas de maior repressão ao tráfico onde*

*usuários de drogas terminam sendo as pessoas mais prejudicadas. Também os dados demográficos, comportamentais e de soroprevalência das infecções pelo HIV, Hepatites e outras DSTs, obtidos nos estudos realizados em várias partes do mundo entre UDIs com o objetivo de nortear as intervenções preventivas, têm fornecido bases reais para o conhecimento e melhor compreensão da vida destas populações habitualmente vistas à distância sob a ótica da exclusão e do preconceito.*

*Pelo exposto acima, evidencia-se a interface da RD com as ciências sociais, particularmente no que diz respeito ao reconhecimento do papel da rotulação negativa na ratificação dos desvios, bem como do reforço das condutas desviantes, conferido pelas unidades “correcionais”, expressão genuína dos modelos repressivos. Em um estudo realizado sobre a vida de UDIs nas ruas de Recife-PE, um dos marcos do estudo do uso de drogas injetáveis no Brasil, Rocha Lima (1990) demonstrou, através das histórias de vida destes usuários, os efeitos da repressão e a passagem por unidades prisionais na ratificação das suas condutas transgressoras. Evitar a rotulação dos usuários de drogas e a exclusão social de suas práticas estão na base dos Programas de Redução de Danos.*

*Os princípios de RD também se constituem referência importante para o trabalho comunitário em geral. O respeito pelo direito dos usuários de drogas às suas práticas pelas suas condições de vida e pela cultura dos ambientes onde vivem é o princípio que pode também conferir a eficácia desejada à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), gravidez precoce, violência, crianças vivendo nas ruas e outros problemas sociais. Medidas que tomem como ponto de partida as condições de vida, as dificuldades e possibilidades de cada uma destas populações – portanto em sintonia com os princípios de RD – estarão muito mais propensas ao sucesso do que aquelas adotadas verticalmente no sentido de fazer desaparecer cada um destes problemas sociais. Estas últimas têm sido a prática predominante em países capitalistas e com princípios de cidadania incipientes, onde a miséria social, mais que consequência da concentração de renda, é vista sobretudo pelos que nela não estão incluídos como determinante dos males que atingem a todos.*



## Notas

<sup>1</sup>Médico, psicanalista, professor adjunto-doutor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde leciona Psicologia Médica nos cursos de Graduação e Pós-graduação; Coordenador da Divisão de Redução de Riscos e Danos do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/UFBA.

## Referências

CLAVREUL, J. A ordem médica: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983. 274p.

LIMA, J. C. R. Passageiros da fantasia. Recife(PE): Massangana/ Fundação Joaquim Nabuco, 1990. 190p.

O'HARE P. Redução de Danos: alguns princípios e ações práticas. In: Mesquita, F. e Bastos, F. I. (org) Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos. São Paulo: Hucitec, 1994. 215p.

ROSENBAUM, M. Safety first: a reality-based approach to teens, drugs, and drug education. The Lindesmith Center – West, San Francisco, Ca. 1999. 22p.